

Der Umgang mit sich selbst im Zusammenhang mit depressiven
Störungen und erlebtem Affekt:
Drei empirische Studien

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Tobias Krieger
von Sursee/LU

Angenommen im Frühjahrssemester 2013
auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Martin Grosse Holtforth
und PD Dr. Christoph Flückiger

Zürich, 2013

Zusammenfassung

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit, und sie gehen mit einem starken Leidensdruck sowie einer eingeschränkten Funktionsfähigkeit einher. Es zeigt sich, dass Depressionen meistens einen rezidivierenden Verlauf aufweisen. Obwohl ein Grossteil der depressiven Erkrankungen mittels psychotherapeutischer Verfahren gut behandelt werden kann, zeigen verschiedene Studien, dass viele erfolgreich behandelte Patienten innerhalb weniger Jahre rückfällig werden. Selbstkritik als persönlichkeitsnaher Vulnerabilitätsfaktor wurde verschiedentlich mit dem Auftreten von depressiven Störungen in Verbindung gebracht. Zudem zeigte sich in verschiedenen Studien, dass selbstkritische Menschen weniger von einer kognitiven Verhaltenstherapie profitieren können als nicht selbstkritische. Der Umgang mit sich selbst scheint demnach ein bedeutender Faktor für Depressionen und deren Behandlung darzustellen.

Die vorliegende Dissertation umfasst drei empirische Arbeiten, die einen selbstkritischen resp. einen mitfühlenden Umgang mit sich selbst im Zusammenhang mit depressiven Störungen und erlebtem Affekt untersuchen.

In einer *ersten Studie* werden auf der Grundlage von sechs Stichproben ($N_{total} = 1'305$) verschiedenen Kurzformen des Depressive Experiences Questionnaire (DEQ), welcher unter anderem Selbstkritik erfasst, miteinander verglichen und unter mehreren Versionen eine Kurzform ausgewählt, welche daraufhin bezüglich auf ihrer psychometrischen Eigenschaften geprüft wird. In einer *zweiten Studie* wird eine Stichprobe bestehend aus depressiven Patienten ($n = 142$) mit einer Stichprobe nicht-depressiver Personen ($n = 120$) bezüglich eines selbstmitfühlenden Umgangs verglichen. Zudem werden in der depressiven Stichprobe Zusammenhänge zwischen einem mitfühlenden Umgang mit sich selbst, depressiven Symptomen und vermeidendem Funktionieren untersucht. In einer *dritten Studie* werden in einer nicht-klinischen Stichprobe ($n = 101$) in einem prospektiven Längsschnittdesign über 14 Tage hinweg die Zusammenhänge zwischen einem mitfühlenden Umgang mit sich selbst, globalem Selbstwert und positivem und negativem Affekt sowie deren Stress-Puffereffekt untersucht.

Insgesamt liefern die drei Studien Hinweise dafür, dass sowohl ein selbstkritischer als auch ein wohlwollender Umgang mit sich selbst wichtige Faktoren bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung von Depressionen und bezüglich des erlebten Affekts zu sein scheinen. Die Ergebnisse der verschiedenen Studien werden schliesslich im Hinblick auf praktische Implikationen und weiterführende Forschung diskutiert.

Summary

Depressive disorders are among the most common mental disorders and are associated with high levels of suffering and impaired general functioning. Many patients with depressive disorders suffer a recurrent course of the disease. Moreover, although most patients with depressive disorders can be treated successfully using psychotherapeutic treatments, studies indicate that many depressive patients experience a depressive relapse within a few years after a successful psychotherapy. Self-criticism as a trait-like vulnerability factor has repeatedly been associated with the onset of a depressive episode and with higher levels of depressive symptoms. Furthermore, many studies indicate that depressive patients with high levels of self-criticism profit less from cognitive-behavioral therapies than patients with low levels of self-criticism. Hence, how patients treat themselves seems to play an important role in depressive disorders and their treatment.

The present dissertation includes three studies investigating a self-critical or a self-compassionate attitude towards the self in relation to depressive disorders and perceived affect. In the *first study* in a total of six samples ($N_{total} = 1'305$), several existing short-forms of the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) are compared with each other. After selecting a psychometrically sound short-form, we successfully cross-validated it in other samples examining additional psychometric properties. In a *second study*, we compared a sample of depressive patients ($N = 142$) with never-depressed non-clinical subjects ($N = 120$) with respect to their levels of self-compassion. Furthermore in the depressive sample, we investigated associations between self-compassion, depressive symptoms, and avoidant functioning. In a *third study*, we adopted a prospective longitudinal design over 14 days using smart phones in order to investigate the associations between self-compassion, global self-esteem, as well as positive and negative affect in a sample of non-clinical subjects ($N = 101$).

In sum, the three studies provide evidence that self-critical as well as self-compassionate attitudes represent important factors regarding the onset and maintenance of depressive disorders and perceived affect. Finally, the results of the different studies are discussed with respect to their clinical implications and future research.

Danksagung

Mein besonderer Dank geht an meinen Doktorvater Prof. Dr. phil. Martin Grosse Holtforth, der mich während der Planung und des Verfassens dieser Dissertation in allen Belangen immer unterstützt und gefördert hat. Die Diskussionen mit ihm waren jeweils sehr lehrreich und ergiebig. Insbesondere bin ich ihm auch für seine emotionale Unterstützung sehr dankbar, die so manchen Dämpfer erträglicher machte.

Des Weiteren möchte ich mich sehr bei PD Dr. phil. Christoph Flückiger dafür bedanken, dass er sich bereit erklärt hat, als zweiter Gutachter diese Arbeit zu bewerten sowie für die vielen hilfreichen und inspirierenden Ratschläge.

Zudem bedanke ich mich sehr bei Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel und Dr. med. Dipl.-Psych. Jörg Wiltink von der Klinik und Poliklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Mainz und Prof. Dr. med. Henning Schauenburg von der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums in Heidelberg sowie Dr. phil. Johannes Zimmermann von der Universität Kassel, die mir freundlicherweise Daten für Teile der Studie 1 zur Verfügung gestellt haben.

Besonders danken möchte ich meinen ArbeitskollegInnen David, Hannah, Helena, Laurence, Manuela und Nadja. Durch Ihre Unterstützung bei den diversen Projekten und ihre positive und konstruktive Art hat jeder auf seine/ihre ganz eigene und unvergleichliche Art zu dieser Dissertation beigetragen.

Danken möchte ich auch meinen Eltern, meiner Familie, Sansibar und meinen Freunden, die mir immer zur Seite standen und mir viel Verständnis für die häufigen Abwesenheiten entgegenbrachten.

Von ganzem Herzen danke ich Miriam Lily für Vieles und im Speziellen für ihre Geduld und ihr Mitgefühl.

Schliesslich möchte ich mich bei allen Personen, die an den verschiedenen Datenerhebungen teilgenommen haben bedanken. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Summary	3
Danksagung	4
Inhaltsverzeichnis	5
1. Allgemeine Einleitung	7
1.1. Störungsbild der Depression	7
1.2. Risikofaktoren für eine Depression	8
1.3. Wirksamkeit von psychotherapeutischen Depressionsbehandlungen	8
1.4. Selbstkritik und Abhängigkeit als persönlichkeitsnahe Vulnerabilitätsfaktoren	10
1.5. Persönlichkeitsstil und Therapieergebnis	14
1.6. Selbstkritik als transdiagnostischer Prozess	15
1.7. Die Erfassung von Selbstkritik und Abhängigkeit	16
1.8. Das Konzept „Self-Compassion“	17
1.9. Self-Compassion und Vermeidung	20
1.10. Self-Compassion und Selbstwert	21
2. Zusammenfassungen der Studien	23
2.1. Studie 1: Ein Vergleich verschiedener Kurzversionen des Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) zur Erhebung von Selbstkritik und Abhängigkeit	24
2.1.1. Ziel der Studie und Fragestellungen	24
2.1.2. Stichproben	24
2.1.3. Vorgehen und Datenanalyse	25
2.1.4. Resultate	26
2.1.5. Manuskript	28
2.2. Studie 2: Self-Compassion in Depression: Associations with Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients [Self-Compassion in der Depression: Zusammenhänge mit depressiven Symptomen, Rumination und Vermeidung]	59
2.2.1. Ziel der Studie und Fragestellungen	59
2.2.2. Stichproben	59
2.2.3. Vorgehen und Datenanalyse	60
2.2.4. Resultate	60
2.2.5. Manuskript	62

2.3. Studie 3: <i>The influence of self-compassion and global self-esteem on daily affect and stress reactivity [Der Einfluss von Self-Compassion und globalem Selbstwert auf den täglichen Affekt und die Stressreaktivität]</i>	95
2.3.1. Ziel der Studie und Fragestellungen	95
2.3.2. Stichprobe	95
2.3.3. Vorgehen und Datenanalyse.....	96
2.3.4. Resultate	97
2.3.5. Manuskript.....	99
3. Allgemeine Diskussion und Schlussfolgerungen.....	123
4. Literaturverzeichnis	130
5. Curriculum Vitae.....	141

1. Allgemeine Einleitung¹

1.1. Störungsbild der Depression

Das Störungsbild der Depression ist charakterisiert durch eine Vielzahl von körperlichen und somatischen Symptomen, deren gemeinsames Auftreten als depressives Syndrom bezeichnet wird. Depressive Symptome beinhalten die Beeinträchtigung der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interesseverlust und verschiedene körperliche Symptome. Akute Depressionen sind gekennzeichnet durch das fast durchgehende Auftreten eines depressiven Syndroms während mindestens zwei Wochen innerhalb des letzten Monats. (de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner, & Schramm, 2007).

Verschiedene Depressionstypen können sowohl nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (aktuelle Ausgabe: DSM-IV-TR; Saß, Wittchen, & Zaudig, 2003) und der Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; World Health Organization, 1992) kategorisiert werden, wobei die diagnostischen Kriterien sich weitestgehend entsprechen. Bei den akuten Depressionen kann ein Störungsbild mit einer einzelnen Episode von einem Störungsbild mit einem rezidivierenden Verlauf mit wiederholt auftretenden Episoden unterschieden werden. Häufiger stellen Depressionen ein wiederkehrendes Störungsbild dar, so dass die grosse Mehrheit der Patienten mit einer depressiven Störung im Verlauf ihres Lebens mehrere Episoden erlebt. Eine Studie von Mueller und Kollegen (Mueller et al., 1999) zeigt, dass 85% der Personen nach einer ersten depressiven Episode im Zeitraum von 15 Jahren rückfällig werden. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass mit jeder weiteren depressiven Episode das Wiedererkrankungsrisiko um 16% steigt, d.h. nach drei Episoden einer Major Depression liegt die Wahrscheinlichkeit eines Wiederauftretens bereits bei ca. 90% (Solomon, Keller, & Leon, 2000).

Depressionen sind eine der häufigsten psychischen Störungen, von der ungefähr jeder sechste Mann und jede vierte Frau mindestens einmal in ihrem Leben betroffen sein wird (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005) und gehen mit einer substanziellen Einbusse an Lebensqualität einher (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004). Zudem sind depressive Störungen mit einem um das Fünffach erhöhte Suizidrisiko assoziiert (Harris & Barraclough, 1997). Sie sind nach einer Studie der Weltgesundheitsorganisation der dritthäufigste Grund für Krankheitsbelastung und werden

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit nur die männliche Form (generisches Maskulinum) verwendet. Selbstverständlich ist die weibliche Form immer mit gemeint.

voraussichtlich ab dem Jahr 2030 diese Rangliste sogar anführen (World Health Organization, 2008).

1.2. Risikofaktoren für eine Depression

Bei der Entstehung einer Depression ist prinzipiell von einem multi-faktoriellen Modell auszugehen (de Jong-Meyer et al., 2007). Biologische (z. B. genetische Prädispositionen), psychische (z. B. kognitive Defizite), soziale (z. B. Arbeitslosigkeit, Partnerschaftsprobleme) und persönlichkeitsnahe Faktoren (z.B. Introversion) wirken hierbei zusammen. Zu den Risikofaktoren für eine depressive Störung gehören u.a.: weibliches Geschlecht, ein tiefer sozio-ökonomischer Status, allein lebend, geschieden oder verwitwet zu sein, eine komorbide psychiatrische Störung, eine Depression in der Familiengeschichte, das Erleben eines sehr stressreichen Lebensereignisses und chronische Belastung (Birmaher et al., 2004; Hautzinger, 2010).

Interessanterweise unterscheiden sich die Faktoren, die das Wiederauftreten einer depressiven Episode begünstigen, von den Faktoren, die bei der Ersterkrankung eine Rolle spielen (z.B. Lewinsohn, Allen, Seeley, & Gotlib, 1999). In einer Übersichtsarbeit von Burcusa und Iacono (2007) schliessen die Autoren, dass demographische Variablen wie sozio-ökonomischer Status, Zivilstand als auch Geschlecht kein Risikofaktor für das Wiederauftreten einer depressiven Episode darstellen. Jedoch erwiesen sich wiederholt verschiedene psychologische und psychosoziale Faktoren, wie spezifische Kognitionen, wenig soziale Unterstützung oder stressreiche Lebensereignisse als Risikofaktoren für ein Rezidiv einer Depression. Beispielsweise konnte in einer Studie von Barks-Dermott und Kollegen (Barks-Dermott, Dobson, & Jones, 2010) gezeigt werden, dass schwere interpersonale Probleme, vermeidungsorientierte Bewältigungsstrategien, wenig soziale Unterstützung und wenig emotionsorientierte Bewältigungsstrategien eng mit einem depressiven Rückfall zusammenhängen.

1.3. Wirksamkeit von psychotherapeutischen Depressionsbehandlungen

Meta-Analysen zur Wirksamkeit von verschiedenen Psychotherapien bei Depression zeigen, dass psychologische Therapien zur Behandlung von Depressionen sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Patienten effektiv sind (Cuijpers, Clignet, Van Meijel, Van Straten, Li, & Andersson, 2011; Cuijpers, Van Straten, Warmerdam, & Smits, 2008). So zeigt eine aktuelle Meta-Analyse von 83 Depressionsstudien für den Vergleich von psychologischen Therapien und Kontrollbedingungen bei Depression einen grossen Effekt in Bezug auf Depressionsmasse (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam, et al., 2008). Eine

Zusammenstellung von Hollon und Ponniah (2010) listet eine Vielzahl von Psychotherapieformen auf, die gemäss den Kriterien von Chambless und Hollon (1998) als wirksam und spezifisch, wirksam oder möglicherweise wirksam für die Behandlung von Depressionen gelten. Meta-Analysen, welche die vergleichende Wirksamkeit von verschiedenen Depressionstherapien untersuchen, kommen zum Schluss, dass unterschiedliche *bona fide* Therapieformen, d.h. Therapieformen, deren Ziel es ist, Depressionen zu lindern, sich kaum voneinander unterscheiden (Cuijpers, Van Straten, Andersson, & Van Oppen, 2008; Wampold, Minami, Baskin, & Callen Tierney, 2002).

Trotz der oben berichteten Wirksamkeitsbelege von psychotherapeutischen Depressionsbehandlungen gibt es mindestens zwei Faktoren, welche eine verfrühte Euphorie über den Erfolg von Depressionsbehandlungen trüben. Auf der einen Seite zeigen Studien, dass auch nach erfolgreichen Depressionstherapien² eine grosse Anzahl Patienten innerhalb kurzer Zeit einen depressiven Rückfall erleben. Im Folgenden soll auf diesen Punkt genauer eingegangen werden. Auf der anderen Seite weisen verschiedene Studien daraufhin, dass nicht alle Patienten gleichermassen von psychotherapeutischen Depressionstherapien profitieren können, dies wird im Kapitel 1.5. näher erläutert.

In Bezug auf das Rückfallrisiko nach erfolgreicher Therapie zeigt eine Meta-Analyse von Vittengl und Kollegen (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007) der Ergebnisse von 28 Studien zu kognitiver Verhaltenstherapie, dass 29% der erfolgreich behandelten Patienten innerhalb eines Jahres und 54% innerhalb von zwei Jahren einen depressiven Rückfall resp. ein Wiederauftreten einer depressiven Episode erleben. Die Autoren zeigen zudem auf, dass diese Rückfallquoten mit jenen von anderen Therapieformen vergleichbar und zudem tiefer als bei Personen ohne aktive Behandlung oder mit einer pharmazeutischen Behandlung sind (siehe hierzu auch Hollon et al., 2005).

Verschiedene Autoren betonen deshalb die Wichtigkeit, in der Depressionstherapie nicht nur depressive Symptome zu reduzieren, sondern Vulnerabilitätsfaktoren besser zu verstehen, die zu einem Rückfall oder einem Wiederauftreten der Depression führen können, und diese in einer Therapie anzugehen, um dadurch die Wahrscheinlichkeit von depressiven Rückfällen zu verringern (Beevers, 2005; Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996; Jarrett et al., 2012). Eine gross angelegte Studie mit 4796 Personen in den Niederlanden zur Veränderung von persönlichkeitsnahen Vulnerabilitätsfaktoren (Ormel, Oldehinkel, & Vollebergh, 2004), legt den Schluss nahe, dass sich diese Faktoren durch das Auftreten einer depressiven Episode nicht verschlechtern, sondern stabil bleiben. Diese Resultate

² Eine Depressionsbehandlung wird dann als erfolgreich angesehen (*treatment response*), wenn eine gewisse Kombination von Kriterien zum Therapieende erfüllt ist. Diese Kriterien beinhalten je nach Studie die Abwesenheit einer depressiven Episode auf der Grundlage eines diagnostischen Interviews oder das Unterschreiten eines bestimmten Depressivitätswertes in der Selbst- und/oder Fremdbeurteilung.

stehen im Gegensatz zur Annahme der sogenannten Narben-Hypothese (*scar hypothesis*), die besagt, dass eine depressive Episode zu einer Verschlechterung von persönlichkeitsnahen Faktoren führt und sich dadurch die Rückfallrate mit jeder depressiven Episode erhöht (vgl. hierzu auch Burcusa & Iacono, 2007). Die Autoren der Studie schliessen, dass es wichtig ist, die für die depressive Phase mitverantwortlichen Vulnerabilitätsfaktoren aktiv in der Behandlung anzugehen, um damit möglicherweise das Rückfallrisiko zu verkleinern, statt nur die Symptome einer Depression zu kurieren. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass sich gewisse persönlichkeitsnahe Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. Neurotizismus) sowohl durch pharmakologische als auch durch psychotherapeutische Depressionstherapien verändern lassen, während andere (z.B. Extraversion) offenbar nur durch psychotherapeutische Depressionstherapien verändert werden können (Tang, DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, & Schalet, 2009).

Zusammenfassend kann aufgrund bisheriger empirischer Befunde geschlossen werden, dass eine genauere Untersuchung bekannter Vulnerabilitätsfaktoren für das (Wieder-) Auftreten einer Depression wichtige neue Erkenntnisse hinsichtlich Psychopathologie und Behandlungsmöglichkeiten der Depression verspricht.

1.4. Selbstkritik und Abhängigkeit als persönlichkeitsnahe Vulnerabilitätsfaktoren

Ingram, Atchley und Segal (2011) definieren Vulnerabilität als eine *stabile* und *internale* Eigenschaft einer Person, welche sie für die Entwicklung einer Psychopathologie prädestiniert, *wenn stressreiche Ereignisse auftreten* (Vulnerabilitäts-Stress-Modell). Stabilität darf aber nicht mit Permanenz gleichgesetzt werden, da sich die Ausprägung einer Vulnerabilität unter gewissen Umständen (z.B. Therapie) verändern kann. Im Gegensatz zu Risikofaktoren, welche auch externale Aspekte beinhalten können, werden Vulnerabilitäten in der Person lokalisiert und bilden somit eine Unterkategorie von Risikofaktoren. Zentral für das Vulnerabilitätskonzept ist zudem, dass ein Vulnerabilitätsfaktor schon vor der Psychopathologie bestehen muss und somit kein reines Symptom einer Störung darstellen darf. Die Autoren merken des Weiteren an, dass Personen auch über Eigenschaften verfügen können, die sie vor der ungünstigen Wirkung stressreicher Ereignissen schützen, welche sie als Resilienzfaktoren bezeichnen.

Es gibt verschiedene Ansätze, welche bestimmte Kognitionen als Vulnerabilitäten für Depressionen postulieren (z.B. Alloy & Abramson, 1999; Scher, Ingram, & Segal, 2005). Im Folgenden soll aber insbesondere auf Konzeptionen eingegangen werden, welche

persönlichkeitsnahe Faktoren als Vulnerabilität annehmen (Blatt & Zuroff, 1992; Robins, Bagby, Rector, Lynch, & Kennedy, 1997).

Viele Persönlichkeitstheoretiker mit verschiedenen theoretischen Hintergründen beschreiben mit unterschiedlichen Begriffen zwei fundamentale psychologische Entwicklungsprozesse, bei denen einerseits die eigene Person und andererseits der Bezug zu Mitmenschen im Fokus steht (vgl. Blatt, Zuroff, Hawley, & Auerbach, 2010a). Zu diesen Theorien gehören: (1) Blatts Zwei-Konfigurationen-Modell (*self-criticism* und *dependency*; Blatt, 2004), (2) Becks kognitives Modell (*autonomy* und *sociotropy*; Beck, 1983), (3) die interpersonale Theorie (*agency* und *communion*; z.B. Horowitz, 2004; Pincus & Gurtman, 2006), (4) Bindungstheorien und -forschung (attachment avoidance und attachment anxiety; z.B. Sibley, 2007) und (5) Selbstbestimmungs-Theorie (Ryan & Deci, 2000). Eine Integration einiger dieser Theorien wurde verschiedentlich in Angriff genommen (z.B. Blatt & Luyten, 2010; Bonanno & Castonguay, 1994). Insbesondere die Depressionstheorien von Blatt und Beck wurden in den letzten Jahrzehnten häufig als stark überlappend behandelt und eingehend erforscht (Nietzel & Harris, 1990). Nach beiden Theorien führen frühe Lebensereignisse zur Entwicklung von mentalen Repräsentationen resp. kognitiven Schemata über das Selbst und über andere und können in einer Sensibilität für bestimmte Ereignisse münden, die eine Vulnerabilität für die Entwicklung einer Depression darstellt. Eine Vielzahl von Forschungsergebnissen deuten daraufhin, dass die zwei jeweiligen Persönlichkeitstypen (Selbstkritik und Abhängigkeit resp. Autonomie und Soziotropie) in engem Zusammenhang zu Depressionen stehen (Zuroff, Mongrain, & Santor, 2004).

Obwohl die beiden Theorien von Blatt und Beck häufig als analog verstanden werden und von zwei theorieübergreifenden Persönlichkeitstypen, abhängig-soziotrop (ABH-SOC) und selbstkritisch-autonom (SC-AUT), gesprochen wird (vgl. z.B. Coyne & Whiffen, 1995; Enns & Cox, 1997), bleibt festzuhalten, dass zwischen den beiden Theorien auch wichtige Unterschiede bestehen (Blaney & Kutcher, 1991; Blatt & Zuroff, 1992; Robins, 1995). Nach Zuroff und Kollegen (Zuroff et al., 2004) beinhaltet Soziotropie evaluative Sorgen, die bei Blatt beim Faktor Selbstkritik zu finden sind, und Autonomie hingegen beinhaltet im prä-morbiden Zustand eher positive als negative Selbstevaluationen. Zudem geht Beck im Gegensatz zu Blatt in seiner Konzeption davon aus, dass die Persönlichkeitstypen nicht stabil sind, sondern Personen sich im Lauf ihres Lebens vom einen zum anderen Persönlichkeitstyp verändern können.

Im Folgenden wird insbesondere die Konzeption von Blatt näher berücksichtigt werden. Nach Blatt (2004) ist die selbstkritische (*introjektive*) Persönlichkeit charakterisiert durch ein hohes Mass an Selbstkritik und Gefühle von Wertlosigkeit, Unterlegenheit, Misserfolg und Schuld. Hohe und rigide persönliche Ziele gehen einher mit einer konstanten und scharfen

Selbstbeobachtung und -evaluation. Selbstkritische Personen haben chronische Angst vor Zurückweisung, Kritik und dem Verlust von Akzeptanz und Zuneigung von wichtigen Bezugspersonen. Sie streben exzessiv nach Leistung und Perfektion, sind oft sehr kompetitiv, arbeiten hart, haben hohe Ansprüche an sich und sind oft erfolgreich, aber mit einem nur kurz andauernden Gefühl der Befriedigung. Nach Nietzel und Harris (1990) weisen selbstkritische Personen zudem eine Tendenz zu skrupelloser Ehrlichkeit, die als „depressiver Realismus“ (vgl. Alloy & Abramson, 1979) bezeichnet werden kann, sich selbst gegenüber auf.

Im Gegensatz dazu ist die abhängige (anaklitische) Persönlichkeit charakterisiert durch Gefühle von Einsamkeit, Hilflosigkeit und Schwäche. Die Person befürchtet, verlassen zu werden und ungeschützt der Welt ausgeliefert zu sein. Aufgrund dessen sind abhängige Personen dauernd damit beschäftigt, die Nähe zu wichtigen Bezugspersonen zu halten. Sie haben starke Sehnsüchte geliebt, umsorgt, genährt und beschützt zu werden. Abhängige Personen sind stark auf andere angewiesen, damit sie Wohlbefinden erleben und es aufrechterhalten können. Deshalb haben sie beträchtliche Schwierigkeiten mit Trennungen und Verlusten sowie grosse Mühe damit, Ärger auszudrücken, aus Angst andere Personen zu verlieren (Blatt & Zuroff, 1992).

Blatt (2004) (wie auch Beck) geht von einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell aus, nach welchem eine Depression ausgelöst wird durch die Kombination eines prädisponierenden Persönlichkeitsstils (Vulnerabilität) und Stress. Zudem postulieren sie eine Kongruenzhypothese (*congruency hypothesis*), nach welcher Personen mit einer gewissen depressiven Persönlichkeitsdisposition nur dann ein erhöhtes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken, wenn sie ein negatives Ereignis erleben, welches kongruent ist mit ihrem Persönlichkeitsstil. So sind abhängige Personen dann besonders gefährdet, eine Depression zu entwickeln, wenn sie ein negatives interpersonales Ereignis erleben (z.B. Konflikt, Verlust, Ablehnung). Selbstkritische Personen hingegen sind dann besonders gefährdet, wenn sie ein negatives Leistungsereignis erleben.

Empirische Studien, welche die Kongruenzhypothese untersucht haben, kommen zu gemischten Resultaten. Auf der einen Seite gibt es Studien, die starke Evidenz für die Hypothese liefern (Zuroff, Igeja, & Mongrain, 1990), während andere die Hypothese nicht bestätigen können (Bagby, Segal, & Schuller, 1995; Smith, O'Keeffe, & Jenkins, 1988). Andere Studien können die Hypothese nur in Bezug Abhängigkeit (Bartelstone & Trull, 1995; Lakey & Ross, 1994; Rude & Brunham, 1993; Zuroff & Mongrain, 1987) und andere nur in

Bezug auf Selbstkritik bestätigen (Abela, Webb, Wagner, Ho, & Adams, 2006; Segal, Shaw, Vella, & Katz, 1992).³

Eine Möglichkeit der Erklärung dieser inkonsistenten Befundlage in Bezug auf die Kongruenzhypothese ist die Tatsache, dass stressreiche Ereignisse je nach Disposition anders wahrgenommen werden können (Enns & Cox, 1997). Zudem unterscheidet sich zwischen den Studien häufig die Operationalisierung der Stressoren, des depressiven Zustand und der beiden Vulnerabilitätsfaktoren (Rude & Brunham, 1993). Eine alternative Erklärung bieten Abela und Kollegen (z.B. Abela, Fishman, Cohen, & Young, 2012; Abela et al., 2006), welche komplexere Zusammenhänge annehmen. Nach diesen Autoren kann ein hoher Selbstwert beispielsweise die Auswirkungen eines Leistungsstressors auf eine Person mit einem selbstkritischen Persönlichkeitsstil dämpfen. Ein hoher Selbstwert stellt für sie also einen Resilienzfaktor dar, der eine persönlichkeitsnahe Vulnerabilität (zumindest teilweise) zu kompensieren vermag.

Trotz der teils widersprüchlichen Ergebnisse in Bezug auf die Kongruenzhypothese zeigen verschiedene Studien, dass Selbstkritik und Abhängigkeit depressive Symptome und depressive Episoden in verschiedenen Stichproben direkt vorhersagen (Brewin & Firth-Cozens, 1997; Mongrain & Leather, 2006; Mongrain, Lubbers, & Struthers, 2004; Rude & Brunham, 1993). In einer prospektiven Studie über 10 Wochen von Santor und Patterson (2004), zeigt sich beispielsweise, dass sowohl die Ausprägung von Abhängigkeit als auch von Selbstkritik die Schwere, Dauer sowie Anzahl von Stimmungsstörungen, die mindestens 7 oder 14 Tage anhielten, vorhersagten. In einer prospektiven Studie über vier Jahre finden Dunkley und Kollegen (Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2009) weitere Belege für die Vorhersagekraft von Selbstkritik. Sie zeigen, dass Selbstkritik in einer gemischten klinischen Stichprobe depressive Symptome nach vier Jahren vorhersagt. Zudem sagt in dieser Studie Selbstkritik Varianzanteile in Bezug auf depressive Symptome über das Niveau von Neurotizismus hinaus vorher. In einer weiteren längsschnittlichen Studie finden Hawley und Kollegen (Hawley, Ringo Ho, Zuroff, & Blatt, 2006) zudem Hinweise, dass Veränderungen von Selbstkritik (siehe Fussnote 4) Veränderungen in depressiven Symptomen vorhersagen und nicht umgekehrt. Dies spricht für die Annahme einer Vulnerabilitätskonzeption von Selbstkritik, da Selbstkritik somit nicht nur ein Symptom einer Depression darstellt (vgl. auch Sherry, Mackinnon, Macneil, & Fitzpatrick, 2012).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es trotz gemischter Befunde in Bezug auf die Kongruenzhypothese einige Hinweise dafür gibt, dass sowohl abhängige als auch

³ Die Ergebnisse von Studien, welche die Kongruenzhypothese nach der Beck'schen Unterscheidung von Autonomie und Soziotropie untersuchten, kommen zu ähnlich gemischten Befunden (vgl. z.B., Hammen, Ellicott, Gitlin, & Jamison, 1989; Iacoviello, Grant, Alloy, & Abramson, 2009; Robins, Hayes, Block, Kramer, & Villena, 1995).

selbstkritische Personen offenbar ein grösseres Risiko haben, vermehrt an depressiven Symptomen zu leiden resp. an Depressionen zu erkranken. Es gibt auch hinweise darauf, dass die oben beschriebenen Persönlichkeitsfaktoren das Therapieergebnis beeinflussen können. Im nächsten Abschnitt wird näher auf Studien eingegangen, die dies untersucht haben.

1.5. Persönlichkeitsstil und Therapieergebnis

Verschiedene Studien haben untersucht, ob es Patientenfaktoren gibt, die das Therapieergebnis vorhersagen können. Ein Ziel der Forschung zu differenziellen Effekten von Persönlichkeitsstilen auf das Therapieergebnis ist es, die Indikationen für unterschiedliche Therapien zu optimieren und dadurch den Anteil der Patienten zu erhöhen, die wahrscheinlich von einer Psychotherapie profitieren. Es zeigt sich verschiedentlich, dass diagnostizierte Persönlichkeitstörungen (Candrian, Farabaugh, Pizzagalli, Baer, & Fava, 2007; Newton-Howes, Tyrer, & Johnson, 2006), aber auch die Ausprägung von Persönlichkeitsstilen wie Selbstkritik, Abhängigkeit und Neurotizismus einen Einfluss auf das Therapieergebnis haben (Bagby, Quilty, Segal, McBride, Kennedy, & Costa Jr, 2008; Blatt, Zuroff, Hawley, & Auerbach, 2010b; Quilty, De Fruyt, Rolland, Rouillon, Kennedy, & Bagby, 2008).

So zeigt sich in einer Reevaluation der Daten des *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP; Elkin, 1994) von Blatt und Kollegen (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995; Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow, & Pilkonis, 1998), dass die Ausprägung von selbstkritischem Perfektionismus⁴ signifikant negativ mit dem Therapieergebnis aller vier untersuchten Therapien (d.h. sowohl pharmakologische wie auch unterschiedliche psychologische Therapien) zusammenhängt. Patienten mit mittlerem und hohem Ausmass an Selbstkritik können nach der achten (von insgesamt 16) Therapiesitzung offenbar nicht mehr von der Therapie profitieren. In der Folge konnte das Ergebnis, dass das Ausmass von Selbstkritik negativ mit dem Therapieergebnis zusammenhängt, in verschiedenen Studien repliziert werden (Marshall, Zuroff, McBride, & Bagby, 2008; Rector, Bagby, Segal, Joffe, & Levitt, 2000). In der Studie von Marshall et al. (2008) finden sich zudem Hinweise, dass auch depressive Patienten mit hohen Abhängigkeitswerten in einer Therapieform (kognitive Verhaltenstherapie; KVT) weniger von der Therapie profitieren können. Es ist zu berücksichtigen, dass die Resultate darin

⁴ Blatt und Kollegen konzipieren in ihren diversen Reanalysen der TDCRP-Daten die Subskala „Perfektionismus“ der *Skala dysfunktionaler Einstellungen* (SC-Perf) als Operationalisierung für Selbstkritik (vgl. z.B. Blatt et al., 2010b). In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Komplexitätsreduktion im weiteren Verlauf von Selbstkritik gesprochen.

inkonsistent sind, ob sich Selbstkritik auf alle Arten von (Psycho-)Therapie oder nur auf interpersonale Therapie (IPT) oder KVT auswirkt. Erklärungsansätze für die mögliche differenzielle Wirksamkeit umfassen beispielsweise, dass a) selbstkritische Personen in der IPT weniger profitieren, da bei diesem Ansatz der Fokus besonders auf *interpersonalen* Problemen liegt, während die zentralen pathologischen Prozesse *intrapersonal* ablaufen (Marshall et al., 2008), oder b) selbstkritische Prozesse nicht nur soziale Beziehungen im Allgemeinen negativ beeinflussen, sondern auch speziell die Therapiebeziehung beeinträchtigen (Blatt et al., 2010b), wodurch in der Folge das Therapieergebnis verschlechtert wird.

Dass selbstkritische Prädispositionen das Therapieergebnis sowohl für psychotherapeutische als auch für pharmakologische Therapien *indirekt* beeinflussen können, zeigt eine Studie, welche ein Diathese-Stress-Modell während einer Therapie testet (Bulmash, Harkness, Stewart, & Bagby, 2009). Bulmash und Kollegen zeigen auf, dass selbstkritische Personen dann weniger wahrscheinlich auf eine Depressionstherapie ansprechen als nicht-selbstkritische Personen, wenn sie während der Therapie ein schweres Lebensereignis erleben.

Zusammenfassend deuten mehrere Studien darauf hin, dass selbstkritische (und teilweise auch abhängige) Personen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Depressionstherapien profitieren. Dies legt den Schluss nahe, dass es für den Erfolg der Therapie wichtig zu sein scheint, Selbstkritik zu Beginn einer Therapie zu erfassen und diese intrapsychischen Prozesse mit sehr selbstkritischen Personen in der Therapie zu thematisieren, damit sie mehr von der Behandlung profitieren können.

1.6. Selbstkritik als transdiagnostischer Prozess

Selbstkritik ist nicht nur in der Konzeption nach Blatt ein zentrales Element in der Depression. Auch andere Forscher bringen Selbstkritik (resp. einen negativen Selbstfokus) wiederholt mit Depression und depressiven Symptomen in Zusammenhang (z.B. Carver & Ganellen, 1983; Janoff-Bulman, 1979; Pyszczynski & Greenberg, 1987). Verschiedene Autoren (z.B. B. Shahar, Carlin, Engle, Hegde, Szepeswol, & Arkowitz, 2012; Zuroff et al., 2004) sehen Selbstkritik zudem als einen transdiagnostischen Prozess, d.h. Selbstkritik spielt auch bei der Entstehung oder der Aufrechterhaltung anderer psychischer Störungen eine Rolle. So zeigt sich, dass Selbstkritik bei sozialer Phobie (Cox, Fleet, & Stein, 2004), Posttraumatischen Belastungsstörungen (Cox, MacPherson, Enns, & McWilliams, 2004), Borderline Persönlichkeitsstörungen (Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, Moskowitz, & Paris, 2012), Bipolaren Störungen (Stange et al., 2013) und Essstörungen (Fennig, Hadas, Itzhaky, Roe, Apter, & Shahar, 2008) von Belang ist. Interessanterweise sind dies alles psychische

Störungen, bei denen depressive Symptome Teil des Störungsbildes sind oder hohe Komorbiditätsraten mit depressiven Störungen aufweisen (z.B. hierzu Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005).

Es gibt verschiedene Hinweise darauf, dass ein selbstkritischer Persönlichkeitsstil nicht nur auf selbstkritischen Gedankeninhalten beruht, sondern darüber hinaus auch zusätzliche (pathologische) Bearbeitungsprozesse beinhaltet. Dunkley, Zuroff und Blankenstein (2003) zeigen in einer Tagebuchstudie beispielsweise, dass eine Affektregulation auf der Grundlage von problemfokussierten Copingstrategien bei selbstkritischen Personen weniger effektiv ist. Whelton und Greenberg (2005) können zudem in einer Studie mit einer nicht-klinischen Stichprobe aufzeigen, dass sich die Art und Weise, wie selbstkritischen Personen sich selbst kritisieren und wie sie auf diese Kritik reagieren von anderen Personen unterscheidet. Bei selbstkritischen Personen nämlich ist die Kritik geprägt durch Abscheu und Verachtung. Zudem sind selbstkritische Personen deutlich mehr der eigenen Kritik ausgeliefert und reagieren mit weniger „gesunden“ Reaktionen, wie z.B. Ärger, auf die eigene Kritik. Selbstkritische Personen scheinen sich also nicht nur öfter und intensiver zu kritisieren, sondern sind gleichzeitig der Selbstkritik auch mehr ausgeliefert, d.h. sie sind weniger resilient.

1.7. Die Erfassung von Selbstkritik und Abhängigkeit

Ein zentraler Bestandteil der Erforschung der genannten Zusammenhänge besteht in der Validierung von geeigneten Verfahren zur Erhebung der Vulnerabilitätsfaktoren von Depressionen. In den letzten Jahren wurden verschiedene Fragebogen konstruiert, um die beiden Konstrukte Selbstkritik/Autonomie und Abhängigkeit/Soziotropie zu erfassen: der *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976) zur Erfassung von Selbstkritik und Abhängigkeit, die *Sociotropy and Autonomy Scales* (SAS; Beck, Epstein, Harrison, & Emery, 1983) und das *Personal Style Inventory* (PSI-II; Robins, Ladd, Welkowitz, Blaney, Diaz, & Kutcher, 1994) zur Erfassung von Soziotropie und Autonomie. Zudem wurden aus der *Skala dysfunktionaler Einstellungen* (DAS; Hautzinger, Joormann, & Keller, 2005; Weissman & Beck, 1978) wiederholt zwei Faktoren extrahiert, welche einen selbstdefinierenden und einen interpersonalen Fokus widerspiegeln (Cane, Olinger, Gotlib, & Kuiper, 1986; Joormann, 2004) und mit den zwei Faktoren nach Blatt korrespondieren (vgl. Blaney & Kutcher, 1991).

Trotz der verschiedenen Fragebogen ist der DEQ in vielerlei Hinsicht von besonderem Interesse. Die Skala *Selbstkritik* des DEQ zeigt mitunter die stärksten Zusammenhänge mit Depression (Nietzel & Harris, 1990). Zudem sind, wie oben erwähnt, die Selbstdefinition-Skalen *Selbstkritik* nach Blatt und *Autonomie* nach Beck nicht deckungsgleich.

Dementsprechend zeigen faktoranalytische Untersuchungen des PSI-II (Bagby, Parker, Joffe, Schuller, & Gilchrist, 1998; G. Shahar, Soffer, & Gilboa Shechtman, 2008), dass ein Modell wohl angemessener ist, in dem Selbstkritik (im PSI-II als Subskala von Autonomie konzipiert) als eigenständiger Faktor neben Autonomie und Soziotropie konzipiert wird. Die Skala *Selbstkritik* ist zudem von Interesse, da sich zeigt, dass diese Skala des DEQ eine vielversprechende Kandidatin ist, um die pathologische Komponente von Perfektionismus (im Gegensatz zur nicht-pathologischen Komponente „hohe Standards“) zu erfassen (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006).

Aufgrund der häufigen Kritik an der Skalenbildung im DEQ (alle Items werden für jede Skala mittels einer spezifischen Faktorladung gewichtet) und aufgrund des grossen Itemumfangs (66 Items) sind verschiedene Kurzformen des DEQ erstellt worden (Bagby, Parker, Joffe, & Buis, 1994; Viglione, Lovette, Gottlieb, & Friedberg, 1995; Welkowitz, Lish, & Bond, 1985). Jedoch sind auch diese Kurzformen verschiedentlich kritisiert worden (z.B. Santor, Zuroff, & Fielding, 1997), insbesondere dafür, dass beide Skalen zu hoch miteinander korrelieren, was nach Blatt nicht theoriekonsistent ist, da sie eigentlich unabhängige Konstrukte darstellen sollten. Desmet und Kollegen (Desmet, Vanheule, Groenvynck, Verhaeghe, Vogel, & Bogaerts, 2007) vergleichen die verschiedenen Kurzformen der holländischen Version des DEQ und geben eine Empfehlung für eine ihres Erachtens angemessene Kurzform. Aufgrund der zahlreichen oben berichteten Befunde zu Selbstkritik und Abhängigkeit in Zusammenhang mit Depressionen und Depressionstherapien scheint es wichtig, eine Kurzversion des DEQ für die Erfassung von Selbstkritik und Abhängigkeit für den deutschsprachigen Raum zur Verfügung zu stellen. In Studie 1 der vorliegenden Dissertation werden deswegen in Anlehnung an die Studie von Desmet et al. die verschiedenen Kurzformen der deutschen Version des DEQ zur Erfassung von Selbstkritik und Abhängigkeit in zwei Stichproben bezüglich verschiedener psychometrischer Kriterien miteinander verglichen. Nach der Selektion einer angemessenen Kurzform wird diese dann in weiteren Stichproben im Hinblick auf zusätzliche Hinweise für deren Reliabilität und Validität getestet und mit der Originalversion verglichen.

1.8. Das Konzept „Self-Compassion“

Eine Möglichkeit, mit häufiger und harscher Selbstkritik umzugehen, besteht darin, sich selbst mit mehr Mitgefühl zu begegnen, also sein Selbst-Mitgefühl (*Self-Compassion*) zu steigern (vgl. z.B. Germer, 2009; Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Procter, 2006). Im folgenden Abschnitt soll auf das Konzept Self-Compassion näher eingegangen werden.

In letzter Zeit hat das Forschungsinteresse an dem ursprünglich buddhistischen Konzept der Self-Compassion stark zugenommen. Neff (2003b, 2012) konzeptualisiert Self-

Compassion als eine wohlwollende Einstellung gegenüber sich selbst und beschreibt es mit Bezug auf die buddhistische Literatur als bestehend aus drei Komponenten: *Self-Kindness* (Selbstbezogene Freundlichkeit), *Common Humanity* (Verbindende Humanität) und *Mindfulness* (Achtsamkeit)⁵. *Self-Kindness* umfasst ein neugieriges, zugewandtes Verständnis seiner Selbst, wenn man leidet, versagt, oder sich inadäquat fühlt, und steht im Gegensatz zu Selbstkritik. Dementsprechend beinhaltet es, eigene Unzulänglichkeiten und Fehler anzunehmen und zu akzeptieren und sich bei Leid und Fehlschlägen sich mit Umsicht, Geduld und Fürsorge anstelle von Selbstverurteilung und Selbstkritik zu begegnen. *Common Humanity* umfasst das Verständnis, dass Fehlschläge und belastende Lebensereignisse ein Teil des menschlichen Daseins ausmachen, und dass dies Erfahrungen sind, die wir mit allen Menschen teilen. Misserfolge und negative Erfahrungen sind somit nicht etwas, was uns von anderen Menschen isoliert, sondern uns mit anderen verbindet. *Mindfulness* schliesslich umfasst die Fähigkeit, unangenehme emotionale Erfahrungen achtsam und mit einer akzeptierenden Haltung anzunehmen und sich von diesen nicht überwältigen zu lassen oder sie zu vermeiden.

Gilbert (z.B. 2010) konzeptualisiert Compassion aus einer evolutionären Sicht. Hierbei fokussiert er insbesondere auf das Zusammenspiel von drei interagierenden motivationalen Affektregulationssystemen, welche er bei allen Säugetieren postuliert. Das Bedrohungs- und Schutz-System (*threat and protection system*) entwickelte sich zur Identifikation von Bedrohungen und dem Aktivieren von Überlebensmechanismen und ist eng mit negativen Emotionen wie Ärger, Ekel und Scham verbunden. Die anderen zwei Systeme sind gekoppelt mit positiven Emotionen. Einerseits postuliert er ein Antrieb- und Erregungs-System (*drive and excitement system*), welches ein Lebewesen zu wichtigen Belohnungen oder Ressourcen wie Nahrung, sexuelle Gelegenheiten, Allianzen oder Territorien motiviert und andererseits ein Zufriedenheits-, Beruhigungs- und Sicherheits-System (*contentment, soothing, and affiliation system*) ist mit dem Bindungssystem assoziiert. Das Letztere wird aktiviert, wenn es darum geht, Stress bei anderen zu mildern, um Sympathien zu werben, oder bei empathischem Mitfühlen. Compassion spielt somit in dieser Konzeption eine wichtige Rolle bei der Kooperation, der Verwandtschaftspflege und der Herstellung von Bindungen. Compassion wird darin also als ein motivationales System verstanden, welches dazu dient, negative Gefühle zu regulieren a) durch das Angleichen der eigenen Gefühle und die Gefühle anderer sowie b) dem Kommunizieren von Zuneigung und Sicherheit. Bei Depressiven ist die Aktivität beider positiven Systemen gedämpft. Gilbert (2010) nimmt an,

⁵ In der deutschen Version der SCS übersetzten Hupfeld und Ruffieux (2011) übersetzten die Namen der Skalen folgendermassen in die deutsche Sprache: Selbstbezogene Freundlichkeit (*Self-Kindness*), Selbstverurteilung (*Self-Judgment*), Verbindende Humanität (*Common Humanity*), Isolation (*Isolation*), Achtsamkeit (*Mindfulness*) und Überidentifizierung (*Over-identification*). In der vorliegenden Arbeit werden die englischen Namen beibehalten.

dass selbstmitfühlende Gedanken die positiven Affektregulationssysteme anregen und dadurch das Bedrohungssystem hemmen.

Self-Compassion ist nach Neff (2012) „*compassion turned inward*“ (S.79) und wird typischerweise mit der Self-Compassion-Skala (SCS) erfasst (deutsche Version: Hupfeld & Ruffieux, 2011; Originalversion: Neff, 2003a). Der Gesamtsummenwert der SCS widerspiegelt einen Faktor höherer Ordnung der drei oben beschriebenen bipolaren Komponenten (*Self-Kindness vs. Self-Judgment, Common Humanity vs. Isolation, Mindfulness vs. Over-identification*).

Self-Compassion wird in einer Reihe von Untersuchungen mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht. So zeigt sich beispielsweise, dass Personen mit mehr Self-Compassion u.a. auch mehr Lebenszufriedenheit, soziale Verbundenheit und positiven Affekt erleben. Zudem berichten solche Personen über weniger Ängstlichkeit, depressive Symptome, Scham, Versagensängste, „Burnout“ und negativen Affekt (für eine Übersicht siehe Barnard & Curry, 2011). Verschiedene Autoren postulieren, dass Self-Compassion Personen resilienter gegen den negativen Einfluss belastender Lebensereignisse macht und adaptive Formen der Bewältigung fördert. Hinweise, welche diese Hypothese stützen, finden sich in verschiedenen empirischen prospektiven Studien (z.B. Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, Hsieh, & DeJitterat, 2005; Sbarra, Smith, & Mehl, 2012; Terry, Leary, & Metha, 2012).

Empirische Untersuchungen legen nahe, dass Self-Compassion als stabiles Persönlichkeitsmerkmal (*Trait*) angesehen werden kann (Raes, 2011). Nichtsdestotrotz zeigt eine Reihe von Studien, dass Self-Compassion auch durch kurze Interventionen kurzfristig gesteigert werden kann (Breines & Chen, 2013; Leary et al., 2007). Zudem lassen verschiedene Studien darauf schliessen, dass sich Self-Compassion durch länger dauernde Interventionen auch längerfristig steigern lässt (Neff & Germer, 2012; B. Shahar et al., 2012).

Für die klinische Psychologie scheint dies besonders relevant, da eine vor kurzem durchgeführten Meta-Analyse von MacBeth und Gumley (2012) zeigt, dass der Zusammenhang von Self-Compassion mit depressiven Symptomen, Angstsymptomen und Stress eine mittlere Effektstärke aufweist. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine Vielzahl der Studien, die in diese Meta-Analyse eingeschlossen worden sind, mit nicht-klinischen Stichproben durchgeführt worden ist. Bislang gibt es meines Wissens nur eine Studien, die das Ausmass von Self-Compassion bei einer klinischen Stichprobe und einer gesunden Stichprobe verglichen hat. Personen mit einer sozialen Phobie zeigen darin signifikant tiefere Werte für Self-Compassion als gesunde Vergleichspersonen (Werner, Jazaieri, Goldin, Ziv, Heimberg, & Gross, 2011). Da verschiedene Studien nahe legen, dass Selbstkritik bei depressiven Personen stark ausgeprägt ist und hohe Selbstkritikwerte nach

der Studie von Whelton und Greenberg (2005) mit wenig Resilienz einhergehen, ist davon auszugehen, dass es depressiven Personen an Self-Compassion mangelt. Bislang fehlt es jedoch an einem Vergleich der Ausprägung von Self-Compassion bei depressiven und nicht-depressiven Personen. Um diese Lücke zu schliessen, wird deswegen in Studie 2 der vorliegenden Dissertation eine depressive und eine nicht-depressive Stichprobe in Bezug auf Self-Compassion und die Komponenten von Self-Compassion miteinander verglichen.

1.9. Self-Compassion und Vermeidung

In einem Übersichtsartikel schliessen Allen and Leary (2010), dass Self-Compassion Copingstrategien fördert, die durch ein nicht-vermeidendes und proaktives Verhalten charakterisiert sind. Dies deutet umgekehrt darauf hin, dass Personen, mit tiefer Self-Compassion eher zu vermeidenden Strategien tendieren und beispielsweise unter Stress zu ruminieren oder sich zurückzuziehen beginnen. Verschiedene empirische Studien bestätigen diesen Zusammenhang (Neff, 2003a; Neff & Vonk, 2009; Raes, 2010). Des Weiteren können Neff und Kollegen (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007) in einer Interventionsstudie aufzeigen, dass eine Verbesserung der Self-Compassion mit einer Reduktion von Rumination einhergeht. Zudem gibt es auch Hinweise dafür, dass Self-Compassion mit Gedankenunterdrückung zusammenhängt (Neff, 2003a). In einer weiteren Studie zeigt sich, dass Self-Compassion negativ mit Verleugnung (*denial*) und mentaler Abkoppelung (*mental disengagement*) nach einer schlechten Semesternote zusammenhängt (Neff et al., 2005). Raes (2010) hat in einer studentischen Stichprobe zudem erste Hinweise darauf gefunden, dass eine maladaptive Komponente von Rumination (*brooding*) den Zusammenhang zwischen Self-Compassion und depressiven Symptomen erklärt.

Zusammenfassend kann also geschlossen werden, dass ein Mangel an Self-Compassion offenbar mit einer Tendenz zu vermeidendem Funktionieren einhergeht. Eine solche Funktionsweise wird wiederum in diversen Studien mit Depression in Zusammenhang gebracht (vgl. z.B. Ottenbreit & Dobson, 2008). In Studie 2 sollen die Zusammenhänge von Self-Compassion und vermeidenden Funktionsweisen (Rumination, Vermeidungsgedanken und -verhalten) sowie depressiven Symptomen in einer depressiven Stichprobe untersucht werden, um zu prüfen, ob die Zusammenhänge konsistent mit den berichteten Befunden in nicht-klinischen Stichproben sind.

1.10. Self-Compassion und Selbstwert

Neff (2012) betont die Wichtigkeit, Self-Compassion nicht mit Selbstwert (*self-esteem*) gleichzusetzen.⁶ Nach Zeigler-Hill (2011) ist Selbstwert definiert als ein evaluativer Prozess der Selbstwahrnehmung und wird als relativ stabiles Konstrukt definiert, welches sowohl motivationale als auch kognitive Komponenten beinhaltet. In einer vor kurzem erschienenen Meta-Analyse zeigen Sowislo und Orth (2012), dass ein tiefer Selbstwert depressive Symptome vorhersagt und nicht umgekehrt. Dem gemäss schliessen viele Autoren, dass es wichtig ist, den Selbstwert einer Person zu stärken, um depressiven Symptomen oder Störungen vorzubeugen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass das Streben nach einem höheren Selbstwert oder die Aufrechterhaltung desselben sowohl mit kurz- als auch mit langfristigen Nachteilen assoziiert ist (Crocker & Park, 2004). Zudem weisen die Ergebnisse verschiedener Interventionsprogramme zur Selbstwertsteigerung daraufhin, dass ein hoher Selbstwert nicht zwingend mit besseren Leistungen oder besserem Wohlbefinden in Verbindung stehen muss (vgl. z.B. Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Selbstwert und Self-Compassion teilweise unterschiedliche Korrelate haben. Zum Beispiel zeigt sich verschiedentlich, dass Self-Compassion gar nicht oder im Vergleich zu Selbstwert weniger stark mit Narzissmus assoziiert ist (Hupfeld & Ruffieux, 2011; Neff, 2003a). Zudem sagt Self-Compassion im Gegensatz zu Selbstwert mehr Stabilität für das Gefühl wertvoll zu sein vorher (Neff & Vonk, 2009). Verschiedenen Autoren zufolge (Leary et al., 2007; Neff & Vonk, 2009) zeigt sich der Vorteil von Self-Compassion gegenüber globalem Selbstwert vor allem in schlechten Zeiten. Sie postulieren beispielsweise, dass Self-Compassion weniger ergebnisabhängig ist als globaler Selbstwert und sich nicht aus dem Vergleich mit anderen nährt. Während in guten Zeiten Self-Compassion und Selbstwert ähnlich funktionieren, kommt Self-Compassion nach Neff und Vonk (2009) besonders in schwierigen Zeiten eine wichtige Rolle zu; nämlich dann, wenn es darum geht, sich selbst trotz der widrigen Umstände mit einer achtsamen, akzeptierenden Freundlichkeit zu begegnen. Einen weiteren Vorteil sehen die Autoren auch darin, dass Self-Compassion nicht an eine unrealistisch positive Selbstwahrnehmung gebunden ist und deshalb einfacher zu steigern sein sollte als globaler Selbstwert.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass es Hinweise darauf gibt, dass Self-Compassion als wichtiger Resilienzfaktor angesehen werden kann, der Personen dabei unterstützt, belastenden Situationen achtsam zu begegnen, sich dabei wohlwollend und unterstützend zur Seite zu stehen und auf eine funktionale Art und Weise mit der gegebenen

⁶ Neff (2012) betont ebenso die Unterschiede von Self-Compassion zu Selbstmitleid (*self-pity*) und zu Sichgehenlassen (*self-indulgence*). Auf diese Unterschiede an dieser Stelle einzugehen, würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Situation umzugehen. Self-Compassion scheint hierbei auch bei der Affektregulation eine wichtige Rolle zu spielen und damit mit dem erlebten Affekt zusammenzuhängen. Bisher gibt es jedoch nur wenige Studien mit hoher ökologischer Validität, die den Einfluss von Self-Compassion auf den täglichen Affekt und die Reaktion auf Stress untersuchen. In Studie 3 der vorliegenden Dissertation werden deswegen die Zusammenhänge von Self-Compassion und erlebtem Affekt sowie Stressreaktivität in einem Tagebuchstudien-Design untersucht. Zudem soll geprüft werden, ob die erwarteten positiven Effekte von Self-Compassion auf den erlebten Affekt und die Stressreaktivität unabhängig von der Höhe des globalen Selbstwertes einer Person sind.

2. Zusammenfassungen der Studien

Im folgenden Abschnitt werden die drei Studien der vorliegenden Dissertation in zusammengefasster Form wiedergegeben:

Studie 1:

Krieger, T., Zimmermann, J., Beutel, M. E., Wiltink, J., Schauenburg, H., & Grosse Holtforth, M. (resubmitted). Ein Vergleich verschiedener Kurzversionen des Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) zur Erhebung von Selbstkritik und Abhängigkeit. Manuscript resubmitted for publication.

Studie 2:

Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., & Doerig, N., & Grosse Holtforth, M. (resubmitted) Self-Compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients [Self-Compassion und Depression: Zusammenhänge von Self-Compassion mit depressiven Symptomen, Rumination und Vermeidung]. Manuscript resubmitted for publication.

Studie 3:

Krieger, T., Hermann, H., & Grosse Holtforth, M. (submitted). The influence of self-compassion and global self-esteem on daily affect and stress reactivity [Der Einfluss von Self-Compassion und globalem Selbstwert auf den Affekt und die Stressreaktivität im Alltag]. Manuscript submitted for publication.

Die Zusammenfassungen der Studien sind jeweils in die vier Abschnitte a) Ziel der Studie und Fragestellungen, b) Stichproben, c) Vorgehen und Analysen d) Resultate wiedergegeben. Teile der Zusammenfassungen sind teilweise deckungsgleich mit den Teilen der Manuskripte. Für eine detaillierte Darstellung der drei Studien, insbesondere in Bezug auf die statistischen Ergebnisse sowie die Diskussion und Limitationen der einzelnen Studien, seien interessierte Leser auf die Originalmanuskripte verwiesen. Die vollständigen und zur Publikation (wieder-)eingereichten Manuskripte der drei Studien sind jeweils im Anschluss an die Zusammenfassungen in der jeweiligen Originalsprache zu finden. Eine allgemeine Diskussion der Resultate der Studien folgt im Anschluss an die Zusammenfassungen der drei Studien in Kapitel 3.

2.1. Studie 1: Ein Vergleich verschiedener Kurzversionen des Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) zur Erhebung von Selbstkritik und Abhängigkeit

2.1.1. Ziel der Studie und Fragestellungen

Im den vorhergehenden Kapiteln ist aufgezeigt worden, welche Rolle die beiden Konzepte Abhängigkeit und Selbstkritik bei der Entstehung, der Aufrechterhaltung und dem Wiederauftreten der Depression spielen. Zudem deuten die Ergebnisse von verschiedenen Studien daraufhin, dass Selbstkritik einen Einfluss auf das Therapieergebnis zu haben scheint. In der Studie von Beutel und Kollegen (Beutel, Wiltink, Hafner, Reiner, Bleichner, & Blatt, 2004) wurde bereits eine deutsche Version des Original-DEQ validiert. Für die Stimulierung der Forschung zu den beiden Konstrukten im deutschen Sprachraum scheint es wichtig, ein Messinstrument zur Verfügung zu stellen, mit welchem es möglich ist, Selbstkritik und Abhängigkeit reliabel, valide und vor allem ökonomisch zu erfassen.

Das Ziel des ersten Manuskripts (Studie 1) ist es, analog zu Desmet und Kollegen (2007), aus den bereits im englischen Sprachraum existierenden Kurzformen des DEQ auf empirischer Grundlage eine geeignete Kurzversion auszuwählen und diese in verschiedenen Stichproben in Bezug auf ihre Reliabilität und Validität zu testen. Die Studie 1 beinhaltet insgesamt vier Substudien in welchen anhand der Daten von insgesamt sechs klinischen und nicht-klinischen Stichproben eine reliable und valide Kurzversion für den DEQ evaluiert wird.

2.1.2. Stichproben

Stichprobe 1 umfasst 304 nicht-klinische Personen und besteht vorwiegend aus Studierenden und deren Angehörigen. Das Durchschnittsalter der Stichprobe beträgt 26.9 Jahre ($SD = 9.1$) und der Frauenanteil liegt bei 73 %. Stichprobe 2 setzt sich aus 404 stationären Patienten der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale mit verschiedenen Diagnosen zusammen. Das Durchschnittsalter dieser Stichprobe beträgt 38.5 Jahre ($SD = 12.2$), und der Frauenanteil ist 65 %. Die häufigsten Erstdiagnosen nach ICD-10 sind rezidivierende Depression (32 %), depressive Episode (23 %), Angststörungen (15 %), Essstörungen (12 %) und Anpassungsstörungen (6 %). Sowohl Stichprobe 1 als auch Stichprobe 2 sind Teil der Validierungsstudie der deutschen Version des Original-DEQ von Beutel und Kollegen (2004). Stichprobe 3 umfasst 436 Personen aus der Allgemeinbevölkerung, welche an einer Online-Umfrage zu kognitiven Vulnerabilitätsfaktoren für Depression teilnahmen. Insgesamt haben 442 Personen an der Umfrage teilgenommen.

Die Daten von sechs Personen (2 %) sind aufgrund des Lügenkriteriums der Allgemeinen Depressionsskala-Kurzversion (vgl. Hautzinger & Bailer, 1993) nicht in die Analysen eingegangen. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe beträgt 25.6 Jahre ($SD = 7.0$), und der Frauenanteil liegt bei 85 %. Stichprobe 4 besteht aus 23 nicht-depressiven Personen der Allgemeinbevölkerung aus dem Raum Heidelberg, die gemäß dem Depressions-Screening des DIA-X-Fragebogens keine Depression in der Vorgeschichte aufweisen. Alle Personen haben zudem zum Zeitpunkt der Befragung einen Beck Depressions Inventar (BDI)-Wert von unter 11 (Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1995). Der durchschnittliche BDI-Wert beträgt 3.95 ($SD = 3.04$). Das Durchschnittsalter der Stichprobe beträgt 37.9 Jahre ($SD = 11.2$) und der Frauenanteil liegt bei 61 %. Stichprobe 5 besteht aus 64 mittels des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) diagnostizierten depressiven Patienten der Universitätsklinik Heidelberg. Das durchschnittliche Alter beträgt 36.7 Jahre ($SD = 9.8$), und der Frauenanteil liegt bei 75 %. Alle Patienten haben einen BDI-Wert von mindestens 11 Punkten (Hautzinger et al., 1995) und der durchschnittliche Wert beträgt 25.47 ($SD = 8.87$). Der Grossteil der Patienten (75 %) haben eine DSM-IV-Diagnose einer Major Depression Episode (MDE), 22 % eine Major Depression Episode mit Dysthymie, 2 % eine reine Dysthymie und 2% eine nicht näher bezeichnete depressive Störung. Von den Patienten mit einer MDE liegt bei 66 % der Patienten eine rezidivierende depressive Episode vor und bei 34 % eine einzelne depressive Episode. Stichprobe 6 setzt sich aus 74 Psychologie-Studierenden verschiedener deutschsprachiger Universitäten zusammen, welche an einer laufenden Online-Studie zu Persönlichkeit und psychischer Gesundheit teilnehmen. Die Studierenden haben den TDEQ-12 als Teil einer größeren Messbatterie im Abstand von rund zwei Monaten zweimal ausgefüllt ($M = 62.8$ Tage, $SD = 4.0$). 82 % der Stichprobe sind weiblich, das Durchschnittsalter liegt bei 25.8 Jahren ($SD = 7.4$).

2.1.3. Vorgehen und Datenanalyse

Das Manuskript 1 ist in vier Substudien gegliedert. In Substudie 1 werden analog zur Studie von Desmet und Kollegen (2007) in Stichprobe 1 und in Stichprobe 2 die im englischsprachigen Raum existierenden Kurzversionen des DEQ auf der Grundlage ihrer psychometrischen Eigenschaften verglichen. Die überprüften psychometrischen Eigenschaften sind: a) interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Skalen Selbstkritik und Abhängigkeit, b) faktorielle Validität der Kurzversionen auf der Grundlage verschiedener Fit-Indizes von konfirmatorischen Faktoranalysen (KFA) anhand eines robusten *Weighted-Least-Square*-Schätzers, c) Korrelationen der Skalen der Kurzversionen mit den korrespondierenden Skalen der Originalversion sowie d) Skaleninterkorrelationen in den verschiedenen Kurzversionen. Anschliessend werden die Resultate der Substudie 1

diskutiert und eine Kurzform ausgewählt, welche in drei weiteren Substudien untersucht werden soll.

Substudie 2 vergleicht anhand der Stichprobe 3 mittels (Partial-)Korrelationen die Kriteriumsvalidität (in Bezug auf die zwei Faktoren der DAS und die Big-Five-Persönlichkeitsfaktoren) der ausgewählten Kurzversion mit derjenigen der Originalversion. Zudem wird die inkrementelle Validität der Subskalen der Kurzversion in Bezug auf Neurotizismus für die Vorhersage von depressiven Symptomen mittels hierarchischer Regressionen untersucht.

In Substudie 3 wird in den Stichproben 4 und 5 mittels Kovarianzanalysen (ANCOVAs) die differentielle Validität (mit und ohne Kontrolle für depressive Symptome) der Kurzform mit der Originalversion verglichen.

Schliesslich werden in der Substudie 4 anhand der Stichprobe 6 die interne Konsistenz, die Retest-Reliabilität über zwei Monate und die Skaleninterkorrelation der Kurzform geprüft.

In der Studie werden die folgenden Fragebogen eingesetzt: Depressive Style Questionnaire (DEQ; Beutel et al., 2004), die Kurzform des Big-Five Inventory (BFI-K; Rammstedt & John, 2005), die Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K; Hautzinger & Bailer, 1993), das Beck Depressions Inventar (BDI; Hautzinger et al., 1995) und die Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS; Hautzinger et al., 2005).

2.1.4. Resultate

In Substudie 1 zeigen sich bei allen Kurzformen spezifische Stärken und Schwächen. Insgesamt erachten wir jedoch den Theoretischen DEQ - 12-Itemversion (TDEQ-12; Viglione et al., 1995) aus folgenden Gründen als die geeignetste Kurzform: Der TDEQ-12 ist die einzige Version, die in beiden Stichproben in den KFAs die geforderten Gütekriterien erreicht. Zudem zeigt sich, dass die internen Konsistenzen sowie die Korrelationen mit den „Mutterskalen“ des Original-DEQ beim TDEQ-12 in einem adäquaten Bereich liegen und sich nicht wesentlich von denjenigen der anderen Versionen unterscheiden. Des Weiteren sind die Skaleninterkorrelationen im TDEQ-12 im Vergleich zu den anderen Versionen mit Ausnahme des McGill DEQ (Santor et al., 1997) insgesamt am niedrigsten. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Skalen des McGill DEQ aus überlappenden Itemsets gebildet werden (die Werte bestimmter Items werden aufsummiert und von den Summenwerten der beiden Skalen Selbstkritik und Abhängigkeit subtrahiert), was wir als unvorteilhaft erachten. Nichtsdestotrotz stellen diese mittelhohen Skaleninterkorrelationen zwischen Selbstkritik und Abhängigkeit in den beiden Stichproben eine Schwäche des TDEQ-12 dar. Diese Schwäche zeigt sich jedoch auch bei den anderen Kurzversionen, deren Skalen auf unabhängigen

Itemsets basieren. Da sich bei allen anderen Kurzversionen, vor allem im Bereich der faktoriellen Validität, deutlich grössere Schwächen zeigen, erachten wir den TDEQ-12 als angemessenste Kurzversion. Zusätzlich sprechen für den TDEQ-12, dass er in einem gestuften Verfahren sowohl nach inhaltlichen als auch nach empirischen Regeln entwickelt worden ist und er mit Abstand am wenigsten Items (12 Items) umfasst.

In Substudie 2 untersuchen wir die Kriteriumsvalidität der Skalen des TDEQ-12 in Bezug auf Skalen der DAS und der BFI-K. Wir finden hier deutliche Hinweise für die Kriteriumsvalidität der Skala *Selbstkritik* des TDEQ-12. Jedoch zeigen sich die Resultate für die Skala *Abhängigkeit* als teilweise inkonsistent. Basierend auf der Hypothese, dass der gemeinsamen Varianz der beiden Skalen des TDEQ-12 ein unspezifischer Faktor „negative Affektivität“ zugrunde liegt, prüfen wir, inwiefern sich die Skaleninterkorrelation unter der Kontrolle für Neurotizismus verändert. Es zeigt sich, dass die gemeinsame Varianz kontrolliert für Neurotizismus von 30% auf 6% zurückgeht. Für die zukünftige Kontrolle dieser gemeinsamen Varianz schlagen wir ein Vorgehen vor, bei dem für die jeweilige andere Skala kontrolliert wird. Unter Verwendung dieses Vorgehens zeigen sich die Resultate für die Kriteriumsvalidität der Skala *Abhängigkeit* in der erwarteten Richtung. Zudem finden sich Hinweise für inkrementelle Validität, da die beiden Skalen des TDEQ-12 Varianz bezüglich depressiver Symptome über das Niveau von Neurotizismus hinaus aufzuklären vermögen.

Substudie 3 zeigt auf, dass sich depressive von nicht-depressiven Personen sowohl hinsichtlich Selbstkritik als auch hinsichtlich Abhängigkeit unterscheiden. Nach der Kontrolle für depressive Symptome zeigt sich zudem, dass sich die Stichproben in Bezug auf Selbstkritik, jedoch nicht bezüglich Abhängigkeit voneinander unterscheiden. Diese Resultate zeigen sich gleichermassen für den TDEQ-12 als auch für die Originalversion des DEQ.

Da in den vorhergehenden Substudien 1-3 jeweils der TDEQ-12 aus den Items des Original-DEQ berechnet worden ist, wird in Substudie 4 zum ersten Mal im Rahmen dieser Analysen der TDEQ-12 als eigenständiger Fragebogen eingesetzt. In Substudie 4 zeigt sich, dass beide Skalen des TDEQ-12 hohe interne Konsistenzen aufweisen. Zudem zeigt sich in Stichprobe 6 eine relativ hohe Retest-Reliabilität über ein Zwei-Monatsintervall hinweg. Die Skaleninterkorrelationen liegen in einem mittleren Bereich, was für das vorgeschlagene Vorgehen zur Kontrolle der gemeinsamen Varianz spricht.

Insgesamt stellt sich der TDEQ-12 als ein reliables, valides und im Vergleich zur Originalversion ökonomisches (12 Items vs. 66 Items) Erhebungsinstrument der Faktoren Selbstkritik und Abhängigkeit dar. Die Verwendung einer Kurzversion ist unseres Erachtens besonders für den Einsatz in Bereichen wie der Routineversorgung oder in Forschungsstudien indiziert, in denen mehrere Konstrukte parallel untersucht werden sollen.

2.1.5. Manuskript

RUNNING HEAD: Kurzversion DEQ

Ein Vergleich verschiedener Kurzversionen des Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) zur Erhebung von Selbstkritik und Abhängigkeit

Tobias Krieger¹, Johannes Zimmermann², Manfred E. Beutel³, Jörg Wiltink³, Henning
Schauenburg⁴ und Martin Grosse Holtforth¹

¹ Psychologisches Institut, Universität Zürich, Zürich

² Institut für Psychologie, Universität Kassel, Kassel

³ Klinik und Poliklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz

⁴ Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg,
Heidelberg

Korrespondierender Autor:

Tobias Krieger

Psychologisches Institut, Universität Zürich

Binzmühlestrasse 14/ Box 19, 8047 Zürich

Schweiz

Phone: +41 (0)44 635 73 38

Fax: +41 (0)44 635 74 31

Mail: tobias.krieger@psychologie.uzh.ch

Einleitung

Ein wesentlicher Bestandteil der Erforschung psychischer Störungen besteht in der Prüfung von Vulnerabilitäts-Stress-Modellen sowie in der Entwicklung und Validierung von geeigneten Verfahren zur Erhebung von Vulnerabilitätsfaktoren (Ingram & Price, 2010). In Bezug auf depressive Störungen postulieren viele Forscher einen Zusammenhang mit spezifischen persönlichkeitsnahen Konstrukten (Blatt, 2004; Hammen, Bistricky & Ingram, 2010; Klein, Kotov & Bufferd, 2011). Blatt (1974) war einer der ersten, der zwei spezifische Persönlichkeitstypen mit einem erhöhten Depressionsrisiko in Verbindung brachte. Bei Personen mit einem *selbstkritischen* bzw. *introjektiven* Persönlichkeitsstil stehen anhaltende Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld, eine intensive Angst, geforderten Standards nicht gerecht zu werden, sowie die Befürchtung, die Anerkennung für bereits erbrachte Leistung wieder zu verlieren, im Mittelpunkt. Weitere Merkmale dieses Typus sind extrem hohe Leistungsideale, Perfektionismus, permanente kritische Selbstbetrachtung, sowie die Tendenz, die Verantwortung für Fehler bei sich selbst (statt bei anderen oder den Umständen) zu suchen. Das Erleben von Personen mit einem *abhängigen* bzw. *anaklitischen* Persönlichkeitsstil beinhaltet zentral Gefühle von Einsamkeit, Hilflosigkeit und Schwäche. Sie leiden unter einer intensiven Angst davor, verlassen zu werden und/oder alleine zu sein.

Blatt und Kollegen (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976; 1979) entwickelten den aus 66 Items bestehenden Depressive Experiences Questionnaire (DEQ), welcher es ermöglicht, die Konstrukte Selbstkritik (SK), Abhängigkeit (ABH) und Selbstwirksamkeit zu erfassen. Die jeweiligen Skalenwerte werden auf der Grundlage von normierten Mittelwerten, Standardabweichungen und Faktorladungen der Items berechnet, d. h. alle 66 Items gehen mit unterschiedlicher Gewichtung in die Berechnung jeder Skala ein. Die zur Gewichtung der Itemrohwerte verwendeten normierten Mittelwerte, Standardabweichungen und Faktorladungen stammen aus einer studentischen Stichprobe. In der Folge wurde der DEQ in verschiedenen Studien validiert (z. B. Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990).

Der DEQ wurde bisher in zahlreichen klinisch-psychologischen Forschungsprojekten eingesetzt und hat dazu beigetragen, wichtige Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von depressiven

Störungen zu gewinnen. Beispielsweise zeigte sich, dass eine hohe Ausprägung bezüglich SK und/oder ABH prädiktiv für depressive Symptome nach zwei und zehn Jahren (Brewin & Firth-Cozens, 1997), depressive Rückfälle (Mongrain & Leather, 2006) und suizidales Verhalten (Fazaa & Page, 2003) war. Des Weiteren zeigte sich wiederholt, dass selbstkritische depressive Patienten schlechter auf eine Psychotherapie ansprechen (für eine Übersicht siehe Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010). In letzter Zeit häufen sich zudem Hinweise, dass SK und ABH auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von anderen Störungen wie Bipolaren Störungen (Stange et al., 2012), Essstörungen (Fennig et al., 2008) und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, Moskowitz & Paris, 2012) eine Rolle spielen.

In Bezug auf depressive Störungen zeigte sich theoriekonsistent wiederholt, dass depressive Patienten signifikant höhere Werte bezüglich SK und ABH berichten als nicht-depressive Personen (z. B. Bagby, Parker, Joffe & Buis, 1994; Luyten et al., 2007). Ergebnisse von Zuroff und Kollegen (Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi & Pilkonis, 1999) weisen daraufhin, dass das Vorliegen von depressiven Symptomen die Ausprägung von SK und ABH mit beeinflussen kann. Deshalb scheint es wichtig, beim Vergleich von depressiven mit nicht-depressiven Personen für depressive Symptome zu kontrollieren.

SK und ABH werden typischerweise als Persönlichkeitsvariablen beschrieben. Deswegen wurden die beiden Faktoren verschiedentlich mit den fünf Persönlichkeitsfaktoren in Verbindung gebracht (Beutel et al., 2004; Zuroff, 1994). Beispielsweise zeigten Beutel und Kollegen (Beutel et al., 2004), dass SK positiv mit Neurotizismus und negativ mit Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit zusammenhängt. ABH hingegen hängt positiv mit Neurotizismus jedoch mit keinem der anderen Faktoren zusammen.

In ähnlicher Weise wie Blatt unterschied Beck (1983) zwei Persönlichkeitsstile, die mit einem erhöhten Risiko einhergehen, an einer Depression zu erkranken: einen soziotropischen Persönlichkeitsstil, bei dem interpersonale Aspekte im Zentrum stehen, und einer autonomen Persönlichkeitsstil, bei dem eine Störung der Autonomie und der Selbst-Definition zentral sind. Beck und Blatt's Theorie werden häufig analog betrachtet, weil beide zwei Vulnerabilitätsfaktoren für

Depression unterscheiden, wobei bei dem einen Faktor der Fokus der betroffenen Person auf Selbstdefinition und bei dem anderen Faktor auf interpersonalen Aspekten liegt. Die erwähnten Ähnlichkeiten aber auch Unterschiede zwischen den beiden Konzeptionen wurden wiederholt hervorgehoben (z. B. Blaney & Kutcher, 1991; Nietzel & Harris, 1990; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004). Beispielsweise unterscheidet sich Becks von Blatts Theorie darin, dass Beck nicht von einer Langzeitstabilität der Persönlichkeitsstile ausgeht, sondern annimmt, dass sich die Ausprägung der Stile innerhalb einer Person über die Zeit verändern kann (Beck, 1983). Im englischsprachigen Raum wurden verschiedene Messinstrumente entwickelt, um diese beiden Konstrukte zu erheben (z. B. die *Sociotropy-Autonomie Scale* oder das *Personal Style Inventory-II*). Zudem wurden in der Skala dysfunktionaler Einstellung (Weissman & Beck, 1978) wiederholt zwei Faktoren identifiziert, die mit den beiden Faktoren Autonomie und Soziotropie korrespondieren (Joormann, 2004; Whisman & Friedman, 1998). Eine Verwandtschaft der Skalen SK und ABH des DEQ mit den entsprechenden Skalen der DAS wurde verschiedentlich berichtet (Blaney & Kutcher, 1991). Es lassen sich Hinweise sowohl für kongruente als auch diskriminante Validität beim Vergleich der zwei Skalen dieser beiden Fragebögen finden (z. B. Francis-Raniere, Alloy & Abramson, 2006).

Der DEQ wurde wegen der oben beschriebenen außergewöhnlichen Auswertungsprozedur (Itemgewichtung anhand von Mittelwerten, Standardabweichungen und Faktorenwerte einer nicht-klinischen Stichprobe) und seiner psychometrischen Eigenschaften (z. B. trotz spezieller Auswertungsprozedur signifikante Korrelationen zwischen den beiden als unabhängig postulierten Skalen) verschiedentlich kritisiert (Coyne & Whiffren, 1995; Nietzel & Harris, 1990; siehe aber auch die Replik Zuroff et al., 2004), und alternative Kurzversionen des DEQ wurden entwickelt. Welkowitz, Lish und Bond (1985) entwickelten als erste den *Revised Depressive Experiences Questionnaire* (RevDEQ). Auf der Grundlage der Faktorladungen der Originalversion (Blatt et al., 1976) konnten die Autoren 43 Items eindeutig einer der drei Skalen zuordnen (20 ABH, 15 SK, 8 Selbstwirksamkeit) und an einer studentischen Stichprobe validieren. Ausgehend vom RevDEQ konstruierten Bagby, Parker, Joffe und Buis (1994) den *Reconstructed Depressive Experiences Questionnaire* (RecDEQ). Hierzu führten sie eine explorative Faktoranalyse mit den 35 Items für SK

und ABH in einer nicht-klinischen Stichprobe durch und extrahierten diejenigen Items, die eine eindeutige Ladung auf nur einem der beiden Faktoren zeigten ($> .35$). Der daraus resultierende RecDEQ umfasste 19 Items (9 SK, 10 ABH). Viglione, Lovette, Gottlieb und Friedberg (1995) konstruierten auf der Grundlage der Faktorenladungen der Originalstudie (Blatt et al., 1976) und eines Expertenratings den aus 21 Items bestehenden *Theoretical Depressive Experiences Questionnaire – 21 Item Version* (TDEQ-21; 10 ABH, 11 SK). Anschließend führten die Autoren Hauptkomponentenanalysen in einer studentischen und einer klinischen Stichprobe durch und wählten diejenigen Items aus, die in beiden Stichproben eine eindeutige Faktorladung ($> .40$) auf einem Faktor hatten. Diese 12 Items (5 ABH, 7 SK) bildeten den *Theoretical Depressive Experiences Questionnaire - 12 Item Version* (TDEQ-12). Schließlich entwickelte und validierte eine Forschergruppe um Santor (Santor, Zuroff & Fielding, 1997) den *McGill Depressive Experiences Questionnaire* (McGill DEQ). Als Kriterium für die Itemauswahl fungierten hier Regressionen aller Einzelitems auf die Skalenwerte von SK und ABH in Kombination mit Überlegungen zum Beitrag der jeweiligen Einzelitems und der Skalenlänge. Dieses Vorgehen resultierte im 48 Items umfassenden McGill DEQ (18 ABH, 18 SK und 12 Items, die in beide Skalen mit jeweils entgegengesetzter Polung eingehen). Desmet und Kollegen (Desmet et al., 2007) untersuchten in einer studentischen und einer klinischen Stichprobe diese verschiedenen Kurzformen des DEQ. Auf der Grundlage von konfirmatorischen Faktoranalysen und Untersuchungen zur Konstruktvalidität kamen Desmet und Kollegen zum Schluss, dass die Resultate bezüglich einer optimalen Kurzform nicht eindeutig sind. Insgesamt favorisierten sie jedoch den RecDEQ von Bagby und Kollegen (1994).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die verschiedenen Kurzversionen des DEQ bezüglich ihrer psychometrischen Gütekriterien zu vergleichen und für den deutschsprachigen Raum eine angemessene Alternative zur 66 Items umfassenden Originalversion des DEQ zu empfehlen. Zuerst werden die verschiedenen Kurzformen in Bezug auf ihre Gütekriterien miteinander verglichen und eine angemessene Kurzform ausgewählt (Studie 1). In einem zweiten Schritt wird diese Kurzversion (Studie 2 und 3) bezüglich Konstruktvalidität, Kriteriumsvalidität und differenzieller Validität mit der

Originalversion des DEQ verglichen. Schließlich wird die Retest-Reliabilität der Kurzversion geprüft (Studie 4).

Studie 1: Vergleich der psychometrischen Eigenschaften der Kurzversionen

Um eine geeignete Kurzversion zu bestimmen, wurden zwei Stichproben von Beutel et al. (2004) herangezogen und in Bezug auf Reliabilität, faktorielle Validität, sowie der Korrelation der Skalen mit den Skalen der Originalversion und der jeweiligen Korrelation von SK und ABH miteinander verglichen.

Methoden

Stichproben: Stichprobe 1 umfasste 304 nicht-klinische Personen und bestand vorwiegend aus Studierenden und deren Angehörigen. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 26.9 Jahre ($SD = 9.1$) und der Frauenanteil lag bei 73 %. Die Stichprobe 2 setzte sich aus 404 stationären Patienten der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale mit verschiedenen Diagnosen zusammen. Das Durchschnittsalter dieser Stichprobe betrug 38.5 Jahre ($SD = 12.2$), und der Frauenanteil war 65 % ($n = 263$). Die häufigsten Erstdiagnosen nach ICD-10 waren rezidivierende Depression ($n = 129$, 32 %), depressive Episode ($n = 91$, 23 %), Angststörungen ($n = 61$, 15 %), Essstörungen ($n = 47$, 12 %) und Anpassungsstörungen ($n = 23$, 6 %).

Messverfahren: Der *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ, Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1982) besteht aus 66 Items, die Erfahrungen, Einstellungen und Überzeugungen beschreiben. Die Probanden werden in diesem Fragebogen gebeten, das Ausmaß ihrer Zustimmung oder Ablehnung auf einer 7-stufigen Skala (1 „völlige Zustimmung“ - 7 „völlige Ablehnung“) einzuschätzen. Beutel und Kollegen (Beutel et al., 2004) übersetzten die englische Originalversion und berichteten in ihrer Studie befriedigende bis gute Werte bezüglich psychometrischer Gütekriterien. Für die Skalenberechnung in der deutschen Originalform werden analog der englischen Originalversion Mittelwerte, Standardabweichungen und Faktorenwerte aus einer nicht-klinischen Stichprobe (entspricht Stichprobe 1) verwendet. Die Cronbachs Alphas der Skalen der Originalversion betrugen in Stichprobe 1 für SK .83 und für ABH .83, in Stichprobe 2 für SK .78 und für ABH .74.

Statistische Methoden: Alle Berechnungen in diesem Beitrag wurden mit SPSS 20 oder Mplus 5.1 (Muthén & Muthén, 2007) durchgeführt. Die faktorielle Validität der verschiedenen Versionen des DEQ wurde mit konfirmatorischen Faktoranalysen (KFA) getestet. Für jede Kurzversion wurden in Abhängigkeit der Anzahl der Skalen entsprechende Modelle mit einem, zwei und drei Faktoren getestet. Die Modelle wurden so spezifiziert, dass jedes Item nur auf den theoretisch postulierten Faktoren lädt, die Kovarianzen zwischen den Messfehlern der Items auf null fixiert sind und die Kovarianzen der latenten Faktoren frei variieren. Da die Items in der siebenstufigen Ordinalskalierung vorlagen und deutlich von einer multivariaten Normalverteilung abwichen, wurde die Parameterschätzung auf Grundlage der polychorischen Korrelationsmatrix und anhand eines robusten Weighted Least Square Schätzers (WLSMV; Flora & Curran, 2004; Muthén & Muthén, 2007) durchgeführt. Zur Beurteilung der Anpassungsgüte der Modelle wurden der Comparative Fit Index (CFI), der Tucker–Lewis Index (TLI) und der Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) herangezogen. Gemäß den Empfehlungen von Kline (2005) wurde die Anpassungsgüte eines Modells als angemessen definiert, wenn CFI und TLI > .90 sowie RMSEA < .08 waren.

Ergebnisse

Reliabilität: Die internen Konsistenzen der verschiedenen Versionen lagen in der nicht-klinischen Stichprobe für SK zwischen .72 und .86 (RevDEQ: .86, RecDEQ: .82, TDEQ-21: .82, TDEQ-12: .75, McGill DEQ: .72) und für ABH zwischen .74 und .87 (RevDEQ: .87, RecDEQ: .80, TDEQ-21: .81, TDEQ-12: .74, McGill DEQ: .80). In der klinischen Stichprobe lagen die Werte für SK zwischen .71 und .84 (RevDEQ: .84, RecDEQ: .80, TDEQ-21: .80, TDEQ-12: .72, McGill DEQ: .71) und für ABH zwischen .72 und .85 (RevDEQ: .85, RecDEQ: .78, TDEQ-21: .79, TDEQ-12: .72, McGill DEQ: .75). In allen Versionen lagen die internen Konsistenzen der Skalen SK und ABH über dem geforderten Wert für Kurzversionen von .70.

Faktorielle Validität: Wir testeten für den RevDEQ ein Modell mit drei (SK, ABH, Selbstwirksamkeit), zwei (SK, ABH) und einem Faktor. Für den RecDEQ, den TDEQ-21 und den TDEQ-12 wurden Modelle mit jeweils zwei Faktoren (SK, ABH) und Modelle mit einem Faktor analysiert. Für den McGill DEQ wurde schließlich ein Modell getestet, in welchem jeweils 18 Items

auf einem der beiden Faktoren und 12 Items auf beiden Faktoren luden. In Tabelle 1 sind die Ergebnisse der KFAs getrennt für die nicht-klinische Stichprobe und die klinische Stichprobe wiedergegeben. Für alle Modelle zeigte sich ein besserer Modell-Fit für die 2-Faktoren-Modelle verglichen mit dem/den 1- resp. 3-Faktoren-Modell(en). Beim Vergleich der 2-Faktoren-Modelle der verschiedenen Versionen untereinander zeigte sich, dass nur der TDEQ-12 die geforderten Werte der Fit-Indices (CFI, TLI, RMSEA) für beide Stichproben erreichte.

Tabelle 1 hier einfügen

Vergleich mit den Skalen der Kurzversionen mit den korrespondierenden Skalen der Originalversion: Beim Vergleich der Korrelationskoeffizienten der Kurzversionsskalen mit denjenigen der Originalversionsskalen zeigte sich, dass alle Skalen der Kurzversionen jeweils hoch mit der korrespondierenden Skala der Originalversion korrelierten. In der nicht-klinischen Stichprobe zeigten sich für SK Korrelationskoeffizienten zwischen .81 und .90 (RevDEQ: .83, RecDEQ: .83, TDEQ-21: .81, TDEQ-12: .84, McGill-DEQ: .90; alle p 's < .01) und für ABH zwischen .81 und .92 (RevDEQ: .90, RecDEQ: .86, TDEQ-21: .85, TDEQ-12: .81, McGill-DEQ: .92; alle p 's < .01). In der klinischen Stichprobe zeigte sich ein ähnliches Bild. Hier lagen die Koeffizienten für SK zwischen .82 und .87 (RevDEQ: .87, RecDEQ: .87, TDEQ-21: .82, TDEQ-12: .83, McGill-DEQ: .86; alle p 's < .01) und für ABH zwischen .80 und .89 (RevDEQ: .89, RecDEQ: .84, TDEQ-21: .84, TDEQ-12: .80, McGill-DEQ: .87; alle p 's < .01).

Interkorrelationen zwischen den Skalen der verschiedenen Versionen: Wir analysierten die Korrelationen zwischen SK und ABH in den verschiedenen Kurzversionen. Einerseits analysierten wir hierfür die Korrelationen zwischen den latenten Faktoren in den oben getesteten 2-Faktoren-Modellen und andererseits die Korrelationen zwischen den Skalenwerten. In den 2-Faktoren-Modellen zeigte sich eine mittelhohe ($\varphi = .64$) bis hohe ($\varphi = .85$) Korrelation der beiden latenten Faktoren (nicht-klinische Stichprobe: RevDEQ: .73, RecDEQ: .60, TDEQ-21: .75, TDEQ-12: .75, McGill-DEQ: .72; klinische Stichprobe: RevDEQ: .85, RecDEQ: .76, TDEQ-21: .82, TDEQ-12: .70, McGill-DEQ: .82; alle p 's < .01). Bezüglich der Skalenwerte zeigte sich eine größere Streuung zwischen den verschiedenen Versionen von $r = .16 - .67$ (nicht-klinische Stichprobe: RevDEQ: .62, RecDEQ: .52,

TDEQ-21: .64, TDEQ-12: .49, McGill-DEQ: .16; klinische Stichprobe: RevDEQ: .67, RecDEQ: .58, TDEQ-21: .63, TDEQ-12: .47, McGill-DEQ: .16; alle p 's < .01). In Bezug auf die latenten Korrelationen zeigte sich, dass der RecDEQ und der TDEQ-12 die besten Werte aufwiesen. In Bezug auf die Höhe der Skaleninterkorrelationen zeigte sich, dass der McGill DEQ am besten abschnitt.

Diskussion

Studie 1 hatte zum Ziel, die Kurzversionen des DEQ in Bezug auf verschiedene psychometrische Gütekriterien zu analysieren und eine angemessene Kurzversion für die weitere Prüfung zu bestimmen. In Bezug auf die interne Konsistenz zeigte sich sowohl in der nicht-klinischen als auch in der klinischen Stichprobe, dass die Skalen SK und ABH in allen Kurzversionen den Wert von .70 überschreiten. Die beiden Skalen SK und ABH können demzufolge in allen Kurzversionen als reliabel betrachtet werden (Marsh, Ellis, Parada, Richards & Heubeck, 2005). Es ist zu beachten, dass die Höhe von Cronbachs Alpha durch die Skalenlänge beeinflusst wird und ein faktoranalytisches Vorgehen zusätzliche Informationen über die Eindimensionalität einer Skala bietet (Cortina, 1993). Die Resultate der KFAs zeigten, dass für die meisten Versionen die faktorielle Validität nicht gegeben ist, da sie jeweils mehrere definierte Cutoffs der Fit-Indices nicht erreichen. Lediglich für den TDEQ-12 lagen sämtliche Fit-Indices (außer dem RMSEA-Wert in der nicht-klinischen Stichprobe) im geforderten Bereich. Die Korrelation zwischen den Skalen der verschiedenen Kurzformen mit den jeweiligen Skalen der Originalversion lag in allen Versionen für beide Skalen über .80, wobei sich die höchsten Werte für den RevDEQ zeigten. In Bezug auf die Skaleninterkorrelationen zeigten sich insgesamt höhere Korrelationen zwischen den latenten Faktoren als zwischen den Skalenwerten, was daran liegt, dass die latenten Korrelationen zwischen den Faktoren in den KFAs für Messfehler korrigiert sind. Aus Sicht des theoretischen Modells nach Blatt (2004, 2008) sind niedrige Korrelationen zwischen den beiden Skalen ABH und SK wünschenswert. Lediglich die McGill-Version des DEQ zeigte somit einen wünschenswerten Interkorrelationskoeffizienten, was jedoch auf das spezielle Auswertungsverfahren dieser Version zurückzuführen ist (sie enthält Items, die jeweils in entgegengesetzter Richtung auf den Skalen ABH und SK laden). Bei Versionen, die für beide Skalen jeweils unterschiedliche Items verwenden (RevDEQ, RecDEQ, TDEQ-21, TDEQ-12), lagen die

Korrelationen zwischen den Skalen in einem mittleren bis hohen Bereich (nicht-klinische Stichprobe: .49 - .64; klinische Stichprobe: .47 - .67), wobei sie beim TDEQ-12 vergleichsweise am niedrigsten waren.

Zusammenfassend zeigten sich bei allen Kurzformen Stärken und Schwächen. Insgesamt erachteten wir jedoch den TDEQ-12 aus den folgenden Gründen als die geeignetste Kurzform: Der TDEQ-12 war die einzige Version, die in beiden Stichproben in den KFAs die geforderten Gütekriterien erreichte. Zudem zeigte sich, dass die internen Konsistenzen sowie die Korrelationen mit den „Mutterskalen“ des Original-DEQ beim TDEQ-12 sich nicht wesentlich von denjenigen der anderen Versionen unterschieden. Des Weiteren waren die Skaleninterkorrelationen im TDEQ-12 mit Ausnahme des McGill DEQ insgesamt am niedrigsten. Nichtsdestotrotz stellen diese mittelhohen Skaleninterkorrelationen zwischen SK und ABH in den beiden Stichproben ($r = .47$ resp. $r = .49$) eine Schwäche des TDEQ-12 dar. Diese Schwäche zeigte sich jedoch auch bei den anderen Kurzversionen, deren Skalen auf unabhängigen Itemsets basierten. Da sich bei allen anderen Kurzversionen vor allem im Bereich der faktoriellen Validität deutlich größere Schwächen zeigten, erachten wir den TDEQ-12 als beste Kurzversion. Zusätzlich sprechen für den TDEQ-12, dass er in einem gestuften Verfahren sowohl nach inhaltlichen als auch nach empirischen Regeln entwickelt wurde und er mit Abstand am wenigsten Items umfasst.

Die Studie 1 hat gewisse Einschränkungen: So wurde die Faktorenstruktur nicht in einer rein depressiven Patientenstichprobe sondern in einer gemischt-klinischen Stichprobe getestet. Da sich in den letzten Jahren die Hinweise auf eine wichtige Rolle von SK und ABH auch in anderen Störungsbildern gehäuft haben, scheint dies jedoch legitim. Zudem wurde in beiden Stichproben jeweils nur die Originalversion des DEQ ausgefüllt, aus deren Items dann die Werte für die Kurzversionen berechnet wurden.

Studie 2: Kriteriumsvalidität und inkrementelle Validität

Um zu testen, ob sich der TDEQ-12 bezüglich Zusammenhängen mit verwandten Konstrukten von der Originalversion unterscheidet, wurde die Kriteriumsvalidität des TDEQ-12 und des DEQ miteinander verglichen. Es wurden die Zusammenhänge der Skalen der beiden DEQs mit den Skalen

Perfektionismus und Anerkennung durch andere (DAS), den fünf Faktoren der Persönlichkeit (BFI-K) und mit depressiven Symptomen (ADS-K) analysiert. Zusätzlich testeten wir die Annahme, dass der gemeinsamen Varianz von SK und ABH ein unspezifischer Faktor (vgl. Clark, Watson & Mineka, 1994) zugrunde liegt. Ausgehend von der oben genannten Literatur prüften wir folgende Hypothesen: 1) die Skaleninterkorrelation von SK und ABH wird unter Kontrolle von Neurotizismus signifikant kleiner; 2) SK korreliert höher mit Perfektionismus als mit Anerkennung durch andere, und ABH korreliert höher mit Anerkennung durch andere als mit Perfektionismus; 3) die Zusammenhänge mit den fünf Faktoren der Persönlichkeit decken sich bezüglich Richtung und Höhe mit den Resultaten von Beutel et al. (2004); 4) SK und ABH korrelieren mittelhoch mit depressiven Symptomen.

Methoden

Stichprobe: Stichprobe 3 umfasst 436 Personen aus der Allgemeinbevölkerung, welche an einer Online-Umfrage zu kognitiven Vulnerabilitätsfaktoren für Depression teilnahmen. Die Untersuchung wurde als webbasierte Befragung mithilfe des Online-Befragungssoftware EFS Survey 8.1 von Globalpark durchgeführt. Der Link zur Befragung wurde über E-Mail-Verteiler verschiedener deutschsprachiger Universitäten versandt. Insgesamt nahmen 442 Personen an der Umfrage teil. Die Daten von sechs Personen (2 %) gingen aufgrund des Lügenkriteriums der Allgemeinen Depressionsskala-Kurzversion (vgl. Hautzinger & Bailer, 1993) nicht in die Analysen ein. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug 25.6 Jahre ($SD = 7.0$), und der Frauenanteil lag bei 85 %. Die Mehrheit der Teilnehmer waren Studierende (75 %), 18% waren angestellt, 2 % waren selbstständig, 2 % arbeitslos und 3 % gaben „Sonstiges“ an.

Messverfahren: Zusätzlich zum Original-DEQ (Cronbachs Alphas: SK: .85; ABH: .75) wurden folgende Messverfahren als Teil einer größeren Fragebogenbatterie eingesetzt: Die *Skala dysfunktionaler Einstellungen* (DAS, Hautzinger, Joormann & Keller, 2005) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Art und Ausprägung vorhandener dysfunktionaler Einstellungen und Schemata. Auf einer 7-stufigen Likert-Skala schätzen Probanden ein, inwiefern sie einer Aussage zustimmen oder sie ablehnen. Es können die zwei Subskalen „Dysfunktionale Einstellungen bezüglich Leistungsbewertungen“ (Perfektionismus) und „Dysfunktionale Einstellungen

bezüglich Anerkennung durch andere“ (Anerkennung durch andere) berechnet werden, für welche gute psychometrische Eigenschaften berichtet werden. Cronbachs Alpha betrug in dieser Stichprobe .93 für Perfektionismus und .80 für Anerkennung durch andere. Die deutsche *Kurzform des Big Five Inventory* (BFI-K, Rammstedt & John, 2005) stellt ein ökonomisches standardisiertes Verfahren zur Erfassung des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit (McCrae & Costa, 1996) dar. Es umfasst 21 Items, welche auf einer 5-stufigen Likert Skala eingeschätzt werden. Rammstedt und John (2005) berichten hinreichende Reliabilitäts- und Validitätswerte für die BFI-K. Die Cronbachs Alphas betrugen in dieser Stichprobe: .78 für Neurotizismus, .83 für Extraversion, .71 für Offenheit, .66 für Verträglichkeit und .69 für Gewissenhaftigkeit. Die *Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala* (ADS-K, Hautzinger & Bailer, 1993) erfasst depressive Stimmung und Symptome in der vergangenen Woche mit 15 Items auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0 „selten oder überhaupt nicht“ - 3 „meistens, die ganze Zeit“). Hautzinger und Bailer (1993) berichten hohe Reliabilitäts- und Validitätswerte. Cronbachs Alpha betrug in dieser Stichprobe .92.

Statistische Verfahren: Die Kriteriumsvalidität wurde mittels Pearson Korrelationen getestet. Unterschiede zwischen Korrelationskoeffizienten wurden auf der Grundlage von z -Werten ermittelt. Die inkrementelle Validität der Skalen des TDEQ-12 wurde mit hierarchischen Regressionsanalysen getestet.

Ergebnisse

Die Items des TDEQ-12, ihre deskriptiven Kennwerte und die internen Konsistenzen für SK und ABH sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Skaleninterkorrelation zwischen SK und ABH betrug $r = .55$ ($p < .01$). Unter der Kontrolle von Neurotizismus ging die Korrelation zurück auf $r = .25$ ($p < .01$). Der Unterschied der beiden Koeffizienten war signifikant ($z = -7.55$, $p < .01$)

Tabelle 2 hier einfügen

Kriteriumsvalidität: Die Übersicht der Werte zur Kriteriumsvalidität des DEQ und des TDEQ-12 sind in Tabelle 3 dargestellt. Wie erwartet zeigte sich für die Originalskala des DEQ, dass SK in erwartetem Ausmaß mit Perfektionismus korrelierte ($r = .71$, $p < .01$), und dass ABH in erwarteter

Höhe mit Anerkennung durch andere korrelierte ($r = .49, p < .01$). Hinsichtlich der diskriminanten Validität zeigte sich, dass SK signifikant höher mit Perfektionismus korrelierte als mit Anerkennung durch andere ($r = .71$ vs. $r = .32; z = 8.13, p < .01$), und dass ABH signifikant höher mit Anerkennung durch andere korrelierte als mit Perfektionismus ($r = .49$ vs. $r = .31, z = 3.15, p < .01$). Für den TDEQ-12 zeigte sich ein teilweise analoges Muster hinsichtlich der konvergenten und der diskriminanten Validität. Hier korrelierte SK in erwartetem Ausmaß mit Perfektionismus ($r = .63, p < .01$) und ABH in erwartetem Ausmaß mit Anerkennung durch andere ($r = .49, p < .01$). Bezüglich der diskriminanten Validität zeigte sich, dass SK signifikant höher mit Perfektionismus als mit Anerkennung durch andere ($r = .63$ vs. $r = .35; z = 7.82, p < .01$) korrelierte. Jedoch zeigte sich, dass ABH nicht signifikant höher mit Anerkennung durch andere als mit Perfektionismus korrelierte ($r = .49$ vs. $r = .46; z = 0.81, p > .05$).

Für beide Skalen der deutschen Originalversion des DEQ zeigten sich Zusammenhänge mit den Big-Five-Faktoren in der erwarteten Richtung: SK und ABH korrelierten mittelhoch resp. hoch mit Neurotizismus, und SK korrelierte signifikant negativ mit Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Für den TDEQ-12 zeigte sich ein analoges Korrelationsmuster für SK. Für ABH hingegen zeigten sich zwar Korrelationen in erwarteter Richtung und Höhe mit Neurotizismus sowie eine nicht-signifikante Korrelation mit Offenheit, jedoch korrelierte die Skala inkonsistenterweise signifikant negativ mit Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

In Bezug auf depressive Symptome zeigte sich für SK und ABH sowohl gemessen mit dem DEQ als auch dem TDEQ-12 erwartungsgemäß, dass diese mittelhoch mit depressiven Symptomen korrelierten ($r = .34$ - $r = .67$, beide p 's $< .01$). Während SK unabhängig von der Version in gleichem Ausmaß mit depressiven Symptomen korrelierte ($r = .67$ vs. $r = .61; z = 1.49, p > .10$), zeigte sich bezüglich ABH, dass die Korrelation des TDEQ-12 signifikant höher als diejenige mit dem DEQ ($r = .34$ vs. $r = .50; z = 2.86, p < .01$) ausfiel.

Kontrolle für die gemeinsame Varianz der Skalen des TDEQ-12: Als eine mögliche Quelle der oben berichteten, teilweise inkonsistenten Korrelationsmuster sehen wir die erhöhte gemeinsame Varianz der Skalen des TDEQ-12. Um für diese gemeinsame Varianz zu kontrollieren, führten wir in

Anlehnung an ein Vorgehen nach Turan und Horowitz (2007) alle Berechnungen zur Konstruktvalidität nochmals unter Kontrolle der jeweiligen anderen Skala für die beiden TDEQ-12-Skalen durch (siehe Tabelle 3). Es zeigte sich, dass die Korrelationsmuster für beide Skalen des TDEQ-12 (mit Ausnahme der niedrigen aber signifikanten Korrelation mit Offenheit) nun konsistent waren mit denjenigen der Originalversion. Als zusätzlichen Test für die Adäquatheit des gewählten Vorgehens führten wir Partialkorrelationen der Skalen des TDEQ-12 mit den korrespondierenden Skalen der Originalversion unter Kontrolle der jeweiligen anderen Skala des TDEQ-12 durch und verglichen die Resultate mit den Korrelationen nullter Ordnung. Für SK zeigte sich, dass die Skalen des TDEQ-12-SK mit denjenigen des DEQ-SK unter Kontrolle für TDEQ-12-ABH zu $r = .83$ ($p < .01$) korrelierten. Für ABH zeigte sich, dass die Skalen des TDEQ-12-ABH mit denjenigen des DEQ-ABH unter Kontrolle für TDEQ-12-SK zu $r = .78$ ($p < .01$) korrelierten. Diese Korrelationen unterschieden sich jeweils nur unwesentlich von den Korrelation nullter Ordnung, welche für SK $r = .87$ ($p < .01$) und für ABH $r = .82$ ($p < .01$) betrugen.

Tabelle 3 hier einfügen

Inkrementelle Validität: Wir testeten, ob SK und ABH gemessen mit dem TDEQ-12 mehr Varianz bezüglich der statistischen Vorhersage depressiver Symptome aufklärt als Neurotizismus alleine. Wie Tabelle 4 zeigt, sagten SK und ABH zusammen signifikant mehr Varianz (10 %) bezüglich depressiver Symptome vorher als Neurotizismus alleine.

Tabelle 4 hier einfügen

Diskussion

Unsere Annahme, dass der gemeinsamen Varianz der beiden Skalen des TDEQ-12 ein allgemeiner Faktor „negative Affektivität“ zugrunde liegt, wurde durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt. Es zeigte sich, dass unter Kontrolle von Neurotizismus die gemeinsame Varianz von 30% auf 6% zurückging. In den Analysen zur Kriteriumsvalidität zeigte sich, dass sich für SK gemessen mit dem DEQ und dem TDEQ-12 analoge Resultate bezüglich der Kriteriumsvalidität zeigten, während sich für ABH einige inkonsistente Zusammenhänge erkennen ließen. Unter Kontrolle der

jeweiligen anderen Skala zeigte sich jedoch für den TDEQ-12 mit einer Ausnahme (Offenheit) ein zum DEQ analoges Korrelationsmuster. Zudem zeigte sich, dass sich die Korrelationen der Skalen des TDEQ-12 mit den korrespondierenden Skalen der Originalversion durch dieses Vorgehen kaum veränderten. Diese Ergebnisse sprechen unseres Erachtens für die Adäquatheit des gewählten Vorgehens. Für die inkrementelle Validität der Skalen des TDEQ-12 spricht, dass SK und ABH auch nach der Kontrolle für Neurotizismus Depressivität vorherzusagen vermochten. Insgesamt zeigte sich der TDEQ-12 (unter Kontrolle der jeweiligen anderen Skala) somit als valides Instrument zur Erfassung von SK und ABH⁷.

Eine Einschränkung dieser Studie ist es, dass die Stichprobe im Rahmen einer internet-basierten Umfrage erhoben wurde. Obwohl es keine Untersuchungen zur Äquivalenz von computergestützt versus papierbasiert erhobenen DEQ-Werten gibt, deuten allgemeine Forschungsergebnisse jedoch daraufhin, dass beide Erhebungsarten in der Regel zu äquivalenten Ergebnissen führen (Chuah, Drasgow & Roberts, 2006; Gosling, Vazire, Srivastava & John, 2004). Wie in Studie 1 wurde außerdem auch in Studie 2 der TDEQ-12 nicht einzeln eingesetzt, sondern die Werte des TDEQ-12 aus den Items des DEQ berechnet.

Studie 3: Differenzielle Validität

Wie in der Einleitung erläutert, wurde erwartet, dass depressive Personen höhere Werte für SK und ABH als nicht-depressive Personen aufweisen. Um diese Hypothese zu testen, wurden die Werte der Skalen ABH und SK bei Personen ohne Depression in der Vorgeschichte und aktuell depressiven

⁷ Aufgrund der Anmerkung eines anonymen Gutachters wurden sämtliche Analysen der Studie 2 auch für den RecDEQ durchgeführt. Für den RecDEQ zeigten sich vergleichbar inkonsistente Resultate im Vergleich zur Originalversion. Zudem verbesserten sich die Resultate hinsichtlich der Kriteriumsvalidität unter der Kontrolle der jeweils anderen Skala nicht wie beim TDEQ-12. Des Weiteren zeigte sich beim RecDEQ keine inkrementelle Validität in Bezug auf ABH unter Kontrolle von Neurotizismus.

Personen verglichen. Zudem wurde untersucht, ob sich die beiden Stichproben in Bezug auf SK und ABH voneinander unterscheiden, wenn zusätzlich für depressive Symptome kontrolliert wird.

Methoden

Stichproben: Die nicht-depressive Stichprobe (Stichprobe 4) bestand aus 23 Personen der Allgemeinbevölkerung aus dem Raum Heidelberg, die gemäß dem Depressions-Screening des DIA-X-Fragebogens keine Depression in der Vorgeschichte aufwiesen. Alle Personen hatten zudem zum Zeitpunkt der Befragung einen Beck Depressions Inventar (BDI)-Wert von unter 11 (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995). Der durchschnittliche BDI-Wert betrug 3.95 ($SD = 3.04$). Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 37.9 Jahre ($SD = 11.2$) und der Frauenanteil lag bei 61 %. Die depressive Stichprobe (Stichprobe 5) umfasste 64 mittels Strukturiertem Klinischen Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) diagnostizierte depressive Patienten der Universitätsklinik Heidelberg. Das durchschnittliche Alter betrug 36.7 Jahre ($SD = 9.8$), und der Frauenanteil lag bei 75 %. Alle Patienten hatten einen BDI-Wert von mindestens 11 Punkten (Hautzinger et al., 1995) und der durchschnittliche Wert betrug 25.47 ($SD = 8.87$). Der Großteil der Patienten (75 %) hatte eine DSM-IV-Diagnose einer Major Depression Episode (MDE), 22 % eine Major Depression Episode mit Dysthymie, 2 % eine reine Dysthymie und 2% eine nicht näher bezeichnete depressive Störung. Von den Patienten mit einer MDE lag bei 66 % der Patienten eine rezidivierende depressive Episode vor und bei 34 % eine einzelne depressive Episode.

Messverfahren: Im Rahmen einer größeren Messbatterie wurde in beiden Stichproben der DEQ und das BDI (Hautzinger et al., 1995) eingesetzt. Das BDI dient der Erfassung des Schweregrades der depressiven Symptomatik. Der Fragebogen enthält 21 Gruppen von je 4 Aussagen zu typischen depressiven Symptomen, die nach Schweregrad und Beeinträchtigung geordnet sind. Die psychometrischen Kennwerte des BDI wurden in verschiedenen Stichproben getestet, und es zeigten sich hohe Reliabilitäts- und Validitätswerte. Cronbachs Alpha betrug in Stichprobe 4 .64 und in Stichprobe 5 .82.

Statistische Verfahren: Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Stichproben wurden mittels *t*-Tests und Kovarianzanalysen (ANCOVA) berechnet.

Ergebnisse

Der Vergleich der beiden Stichproben zeigte sowohl für den DEQ als auch für den TDEQ-12 signifikante Unterschiede bezüglich SK (DEQ: $t[85] = 7.74, p < .01, d = 2.01$; TDEQ-12: $t[85] = 9.07, p < .01, d = 2.07$) und ABH (DEQ: $t[85] = 5.44, p < .01, d = 1.23$; TDEQ-12: $t[85] = 5.61, p < .01, d = 1.39$). Da die depressive Stichprobe erwartungsgemäß einen signifikant höheren BDI-Wert aufwies als die gesunde Stichprobe ($t[85] = 11.35, p < .01, d = 3.24$), wurden zudem ANCOVAs durchgeführt, in denen für depressive Symptome kontrolliert wurde. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um auszuschließen, dass Stichprobenunterschiede in Bezug auf SK und ABH lediglich aufgrund der aktuellen depressiven Symptombelastung zustande kommen. Für den DEQ zeigte sich, dass sich Depressive signifikant von gesunden Personen bezüglich SK ($M_G = -.32, SD_G = .71, M_D = 1.37, SD_D = .95; F[1,86] = 4.47, p < .05, \eta^2 = .05$) jedoch nicht bezüglich ABH ($M_G = -.69, SD_G = .92, M_D = .30, SD_D = .69; F[1,86] = 2.54, p = .12, \eta^2 = .03$) voneinander unterschieden. Gemessen mit dem TDEQ-12 zeigten sich analoge Resultate: Depressive beschreiben sich als signifikant selbstkritischer als nicht-depressive Personen ($M_G = 3.19, SD_G = 1.03, M_D = 5.11, SD_D = .81; F[1,86] = 8.96, p < .01, \eta^2 = .13$). Die beiden Gruppen unterschieden sich jedoch nicht bezüglich ABH voneinander ($M_G = 3.27, SD_G = 1.01, M_D = 4.72, SD_D = 1.08; F[1,86] = 2.04, p = .16, \eta^2 = .02$).

Diskussion

Wie erwartet, zeigte sich, dass depressive Personen sich selbst als signifikant selbstkritischer und signifikant abhängiger als nicht-depressive Personen einschätzen. Der Unterschied für SK blieb auch nach Kontrolle für depressive Symptome bestehen. Für ABH hingegen war dies nicht der Fall. Die Ergebnisse für den TDEQ-12 waren analog zu jenen der Originalversion. Aus den Resultaten lässt sich schließen, dass der TDEQ-12 differentielle Validität aufweist und sich diesbezüglich nicht von der Originalversion unterscheidet. Diese Resultate replizieren Befunde aus vorherigen Studien, die Unterschiede bzgl. SK und ABH bei nicht-depressiven und depressiven Personen gefunden haben. Unter Kontrolle von depressiven Symptomen zeigte sich zwischen depressiven und nicht-depressiven Personen zwar nach wie vor ein signifikanter Unterschied bezüglich SK, jedoch kein Unterschied bezüglich ABH. Wie Zuroff und Kollegen (Zuroff et al., 1999) zeigen konnten, ist die Ausprägung

eines kognitiven Vulnerabilitätsfaktors nicht unabhängig von der momentanen Belastung einer Person. Diese Befunde legen nahe, dass es bei kognitiven Konstrukten angemessener ist, von einem *State-Trait*-Modell auszugehen als von einem reinen *State*- oder einem reinen *Trait*-Modell. Das bedeutet, dass Vulnerabilitätsfaktoren weder starr und unveränderbar sind, noch dass sie reine Begleiterscheinungen von depressiven Zuständen darstellen, was zur Folge hat, dass die Konstrukte sowohl fluktuierende, zustandsabhängige, als auch stabile, persönlichkeitsnahe Varianzanteile beinhalten. Durch die statistische Kontrolle von depressiven Symptomen konnten in der vorliegenden Studie Hinweise auf *Trait*-Anteile von SK und ABH bei Depressiven gefunden werden, wobei diese für SK stärker ausgeprägt zu sein scheinen.

Die geringe Größe der Stichproben ist eine Einschränkung dieser Studie. Dies ist vermutlich auch der Grund für die eher geringe interne Konsistenz des BDI in Stichprobe 4, weswegen die Resultate der Studie in größeren Stichproben repliziert werden sollten. Aufgrund des querschnittlichen Designs der vorliegenden Studie handelt es sich zudem nur um einen vorläufigen Befund. Um die Frage betreffend der *State*- und der *Trait*-Anteile von SK und ABH abschließend klären zu können, bedarf es weiterer Studien mit Daten zu mehreren Messzeitpunkten, die die Berechnung von *Latent State-Trait* (LST)-Modellen erlauben (vgl. Steyer, Schmitt & Eid, 1999).

Studie 4: Interne Konsistenz, Retest-Reliabilität und Skaleninterkorrelation

Da in den Studien 1-3 jeweils die Skalenwerte von SK und ABH des TDEQ-12 aus den Items der Originalversion des DEQ berechnet wurden, führten wir eine weitere Studie durch, in der der TDEQ-12 als eigenständiges Messinstrument zum Einsatz kam. Wir untersuchten die interne Konsistenz, die Skaleninterkorrelation sowie die Retest-Reliabilität des TDEQ-12.

Methoden

Die Stichprobe 6 setzte sich aus 74 Psychologie-Studierenden verschiedener deutschsprachiger Universitäten zusammen, welche an einer laufenden Online-Studie zu Persönlichkeit und psychischer Gesundheit teilnahmen. Die Studierenden füllten den TDEQ-12 als Teil einer größeren Messbatterie im Abstand von rund zwei Monaten zweimal aus (Intervall: $M =$

62.8 Tage, $SD = 4.0$). 82.4 % der Stichprobe waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 25.8 Jahren ($SD = 7.4$).

Ergebnisse

Cronbachs Alpha der Skalen SK und ABH des TDEQ-12 betrugen zum .87 resp. .86. ($t1$) und .85 resp. .82 ($t2$). Die Retest-Reliabilität betrug für SK $r_{tt} = .84$ und für ABH $r_{tt} = .79$. Die Skaleninterkorrelation von SK und ABH betrug zum Zeitpunkt $t1$ $r = .66$ ($p < .01$) und zum Zeitpunkt $t2$ $r = .51$ ($p < .01$). Die beiden Koeffizienten unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($z = 1.30, p = .19$)

Diskussion

In Studie 4 wurde der TDEQ-12 als eigenständiger Fragebogen zur Erfassung der beiden Faktoren SK und ABH eingesetzt. Es zeigte sich, dass der TDEQ-12 sowohl in Bezug auf interne Konsistenz als auch in Bezug auf Retest-Reliabilität ein reliables Messinstrument darstellt. Die Interkorrelationen der beiden Skalen waren vergleichbar mit den Werten in den vorhergehenden Studien in diesem Beitrag. Die Werte für die interne Konsistenz waren höher als wenn die Werte aus den Items des Original DEQs berechnet wurden. Eine Einschränkung dieser Studie war neben der relativ kleinen und homogenen Stichprobe auch das relativ kurze Intervall zwischen den beiden Messungen. Daher sind zur abschließenden Beurteilung der Stabilität der beiden persönlichkeitsnahen Faktoren weitere Studien mit größeren Erhebungsintervallen nötig.

Gesamtdiskussion

Im vorliegenden Beitrag wurden verschiedene Kurzversionen des DEQ bezüglich ihrer Reliabilität und Validität in einer nicht-klinischen und einer gemischten klinischen Stichprobe evaluiert (Studie 1). Als Version mit den besten psychometrischen Eigenschaften stellte sich der TDEQ-12 heraus. Beide Skalen des TDEQ-12 zeigten ausreichende Reliabilitäts- und Validitätswerte. In einem zweiten Schritt testeten wir den TDEQ-12 in drei weiteren Studien hinsichtlich seiner Konstruktvalidität, seiner differentiellen Validität und seiner Retest-Reliabilität, wobei die Resultate in Studie 2 und 3 jeweils mit den Ergebnissen der Originalversion verglichen wurden. Hier zeigte sich,

dass sich die Skala SK des TDEQ-12 bezüglich der verschiedenen untersuchten Konstrukte ähnlich wie die Skala der Originalversion verhält. Für die Skala ABH zeigten sich im Vergleich zur Originalversion weniger konsistente Resultate. Kontrolliert für die gemeinsame Varianz der Skalen, zeigte sich für beide Skalen des TDEQ-12 ein zur Originalversion analoges Korrelationsmuster. Aus diesem Grund empfehlen wir, für den zukünftigen Gebrauch des TDEQ-12 eine statistische Kontrolle für die jeweilige andere Skala. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass dadurch die als problematisch zu bewertende gemeinsame Varianz der beiden Faktoren minimiert wird und die beiden Skalen jeweils an Validität gewinnen. Die Resultate der Regressionsanalyse zeigten zudem in Unterstützung dieser Befunde, dass ABH und SK gemessen mit dem TDEQ-12 unabhängig voneinander zusätzliche Varianz bezüglich depressiver Symptome erklären, die über die Varianzaufklärung durch Neurotizismus hinausgeht.

Aus der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass der TDEQ-12 eine psychometrisch angemessene und mit der Originalversion vergleichbare Kurzversion des DEQ darstellt. Diese Schlussfolgerung steht teilweise im Gegensatz zu den Resultaten von Desmet et al. (2007), die den RecDEQ trotz nicht eindeutiger Resultate empfehlen. In unserer Studie zeigte sich, dass der RecDEQ keine angemessene faktorielle Validität aufwies. Zudem fielen die Skaleninterkorrelation für die RecDEQ-Skalen mehrheitlich höher aus als für die TDEQ-12-Skalen. Die unterschiedlichen Ergebnisse unserer Studie und jener von Desmet und Kollegen (2007) kann durch methodisch unterschiedliche Vorgehensweisen bedingt sein. Beispielsweise spezifizieren Desmet und Kollegen in ihren KFAs einen Generalfaktor, bzw. verwendeten ipsatierte DEQ-Items. In der vorliegenden Arbeit hingegen wurde von einer Ipsatierung der Items, bzw. von der Modellierung eines Generalfaktors in den KFAs abgesehen, da wir dieses Vorgehen für unangemessen halten. Aufgrund der unterschiedlichen Polung der Items des DEQ spiegelt der Mittelwert über alle Items hinweg konzeptuell gesehen nicht eine Klagsamkeitstendenz sondern eine reine Zustimmungseigung wider. Für die Stabilität der Befunde der Studie 1 spricht, dass Desmet und Kollegen (2007) mit den nicht ipsatierten Daten vergleichbare Werte für die Faktorstruktur des TDEQ-12 gefunden haben.

Der vorliegende Beitrag hat verschiedene Einschränkungen: In den Studien 1-3 wurde immer die Originalversion eingesetzt, aus denen die Kurzversionen konstruiert wurden, und nicht einzelne Kurzversionen alleine eingesetzt. Die damit verbundenen Unterschiede in der Reihenfolge und in Bezug auf den Kontext der Items können die psychometrischen Kennwerte eines Instruments verändern (Franke, 1997). Nichtsdestotrotz konnten wir in Studie 4 zeigen, dass dies zumindest in Bezug auf die Reliabilität des TDEQ-12 nicht der Fall war. Eine optimale Prüfung der Äquivalenz von Kurz- und Langversion würde es erfordern, dass beide Instrumente separat in derselben Stichprobe angewendet werden (Smith, McCarthy & Anderson, 2000). Diese Einschränkung führt dazu, dass das Ausmaß der Überlappung von Kurz- und Originalversion wahrscheinlich überschätzt wird und in weiteren Studien zusätzlich überprüft werden sollte. Eine weitere Einschränkung betrifft die Zusammensetzung der Stichproben: Der Frauenanteil ist in allen Stichproben relativ hoch (zwischen 61 und 86 %) und drei der sechs Stichproben bestanden überwiegend aus Studierenden.

Zusammenfassend konnten wir in vier Studien überzeugende Hinweise darauf finden, dass der TDEQ-12 für die Erfassung der Faktoren SK und ABH eine ökonomische, reliable und valide Alternative zum DEQ darstellt. Von einer gekürzten Version des DEQ werden insbesondere Patienten in der Routineversorgung profitieren, da der TDEQ-12 lediglich ein Fünftel der Items der Originalform des DEQ umfasst, wodurch Patienten bei der Erhebung weniger belastet werden.

Literaturverzeichnis

- Bagby, R. M., Parker, J. D., Joffe, R. T. & Buis, T. (1994). Reconstruction and validation of the Depressive Experiences Questionnaire. *Assessment*, 1 (1), 59–68.
- Beck, A. T. (1983). Treatment of depression: Old controversies and new approaches. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Hrsg.), *Cognitive therapy of depression: New perspectives* (S. 265–290). New York: Raven.
- Beutel, M. E., Wiltink, J., Hafner, C., Reiner, I., Bleichner, F. & Blatt, S. (2004). Abhängigkeit und Selbstkritik als psychologische Dimensionen der Depression - Validierung der deutschsprachigen Version des Depressive Experience Questionnaire (DEQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52, 1–14.
- Blaney, P. H. & Kutcher, G. S. (1991). Measures of depressive dimensions: Are they interchangeable? *Journal of Personality Assessment*, 56, 502–512.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107–157.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008). Relatedness and self-definition in personality development. In S. J. Blatt (Hrsg.), *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process* (S. 71–98). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P. & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383–389.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P. & Quinlan, D. M. (1979). Depressive Experiences Questionnaire (DEQ). unveröffentlichtes Forschungsmanual: Yale University.

- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C. & Zuroff, D. C. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113–124.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L. & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20 (1), 37–54.
- Brewin, C. B. & Firth-Cozens, J. (1997). Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2 (3), 242–246.
- Chuah, S. C., Drasgow, F. & Roberts, B. W. (2006). Personality assessment: Does the medium matter? No. *Journal of Research in Personality*, 40, 359–376.
- Clark, L. A., Watson, D. & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 103–116.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), 98–104.
- Coyne, J. C. & Whiffren, V. E. (1995). Issues in personality diathesis for depression: the case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118, 358–378.
- Desmet, M., Vanheule, S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J. & Bogaerts, S. (2007). The Depressive Experiences Questionnaire: An inquiry into the different scoring procedures. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 89–98.
- Fazaa, N. & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (2), 172–185.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A. & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (8), 762–765.
- Flora, D. B. & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9 (4), 466–491.

- Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*, 8 (4), 382–399.
- Franke, G. H. (1997). Erste Studien zur Güte des Brief Symptom Inventory. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 6, 159–166.
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S. & John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59 (2), 93–104.
- Hammen, C. L., Bistricky, S. L. & Ingram, R. E. (2010). Vulnerability to depression in adulthood. In R. E. Ingram & J. M. Price (Hrsg.), *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (2nd ed., S. 248–281). New York, NY: Guilford Press.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions-Skala*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI): Testhandbuch* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Joormann, J. & Keller, F. (2005). *Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ingram, R. E. & Price, J. M. (2010). *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (2. Auflage). New York, NY: Guilford Press.
- Joormann, J. (2004). Die Faktorstruktur der Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS) in einer nicht-klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 50 (3), 115–123.
- Klein, D. N., Kotov, R. & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269–295.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd). New York, NY: The Guilford Press.

- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S. & Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 121* (3), 680–691.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C. et al. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety, 24* (8), 586–596.
- Marsh, H. W., Ellis, L. A., Parada, R. H., Richards, G. & Heubeck, B. G. (2005). A short version of the Self Description Questionnaire II: Operationalizing criteria for short-form evaluation with new applications of confirmatory factor analyses. *Psychological Assessment, 17* (1), 81–102.
- McCrae, P. T. & Costa, R. R. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Hrsg.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (S. 51–87). New York: Guilford.
- Mongrain, M. & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology, 62* (6), 705–713.
- Muthén, B. & Muthén, L. (2007). *Mplus: Statistical Analysis with Latent Variables: User's Guide* (5th ed.). Los Angeles, CA: Muthén and Muthén.
- Nietzel, M. T. & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review, 10* (3), 279–297.
- Rammstedt, B. & John, O. P. (2005). Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K): Entwicklung und Validierung eines ökonomischen Inventars zur Erfassung der fünf Faktoren der Persönlichkeit. *Diagnostica, 51* (4), 195–206.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C. & Fielding, A. (1997). Analysis and revision of the Depressive Experiences Questionnaire: Examining scale performance as a function of scale length. *Journal of Personality Assessment, 69* (1), 145–163.

- Smith, G. T., McCarthy, D. G. & Anderson, K. G. (2000). On the Sins of Short-Form Development. *Psychiatry Assessment*, 12 (1), 102–111.
- Stange, J. P., Boccia, A. S., Shapero, B. G., Molz, A. R., Flynn, M., Matt, L. M. et al. (2012). Emotion regulation characteristics and cognitive vulnerabilities interact to predict depressive symptoms in individuals at risk for bipolar disorder: A prospective behavioural high-risk study. *Cognition & Emotion*, Epub ahead of print.
- Steyer, R., Schmitt, M. & Eid, M. (1999). Latent state-trait theory and research in personality and individual differences. *European Journal of Personality*, 13 (5), 389–408.
- Turan, B. & Horowitz, L. M. (2007). Can I count on you to be there for me? Individual differences in a knowledge structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93 (3), 447–465.
- Viglione, D. J., Lovette, G. J., Gottlieb, R. & Friedberg, R. (1995). Depressive Experiences Questionnaire: An empirical exploration of the underlying theory. *Journal of Personality Assessment*, 65 (1), 91–99.
- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitudes scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the 86th annual convention of the American Psychological Association, Toronto.
- Welkowitz, J., Lish, J. D. & Bond, R. N. (1985). The depressive experiences questionnaire: Revision and validation. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 89–94.
- Whisman, M. A. & Friedman, M. A. (1998). Interpersonal problem behaviors associated with dysfunctional attitudes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 149–160.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- Zuroff, D. C. (1994). Depressive personality styles and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 63, 453–472.

- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Bondi, C. M. & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology, 108* (1), 76–89.
- Zuroff, D. C., Mongrain, M. & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin, 130* (3), 489–511.
- Zuroff, D. C., Quinlan, D. M. & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment, 55* (1-2), 65–72.

Tabelle 1. Fit-Indices der konfirmatorischen Faktorenanalysen für die verschiedenen Modelle der Kurzversionen des DEQ

	Nicht-klmische Stichprobe (<i>n</i> = 304)				Klinische Stichprobe (<i>n</i> = 404)					
	χ^2	<i>df</i>	CFI	TLI	RMSEA	χ^2	<i>df</i>	CFI	TLI	RMSEA
<i>RevDEQ</i>										
3 Faktoren	497.68*	124	.82	.88	.10	891.86*	152	.73	.86	.11
2 Faktoren	426.11*	110	.84	.91	.10	727.20*	139	.77	.91	.10
1 Faktor	205.18*	69	.74	.74	.11	407.35*	82	.55	.66	.14
<i>RecDEQ</i>										
2 Faktoren	252.81*	61	.87	.92	.10	378.72*	74	.83	.92	.10
1 Faktor	467.60*	59	.72	.83	.15	471.00*	71	.77	.88	.12
<i>TDEQ-21</i>										
2 Faktoren	277.68*	70	.87	.93	.10	318.87*	83	.88	.95	.08
1 Faktor	362.01*	70	.81	.90	.12	399.55*	82	.84	.93	.10
<i>TDEQ-12</i>										
2 Faktoren	104.68*	33	.92	.95	.09	102.72*	37	.95	.97	.07
1 Faktor	198.55*	31	.81	.87	.13	208.63*	36	.86	.91	.11
<i>McGill DEQ</i>										
2 Faktoren	485.53*	128	.81	.86	.10	873.98*	167	.73	.84	.10

Anmerkungen: CFI = Comparative Fit Index, TLI = Tucker-Lewis Index, RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation, RevDEQ = Revised Depressive Experiences Questionnaire, RecDEQ = Reconstructed Depressive Experiences Questionnaire, TDEQ-21 = Theoretischer Depressive Experiences Questionnaire - 21 Items, TDEQ-12 = Theoretischer Depressive Experiences Questionnaire - 12 Items, McGill DEQ = McGill Version des Depressive Experiences Questionnaire;
**p* < .01.

Tabelle 2. Deskriptive Kennwerte der TDEQ-12-Items in der nicht-klinischen Stichprobe 3

Item-Nr.	Itemformulierung	Item-Nr. im Original	M	SD	r _{it}	Cronbach's α
<i>Abhängigkeit</i>						
1	Ohne die Unterstützung von anderen, die mir nahestehen, wäre ich hilflos	2	3.56	1.59	.41	.75
4	Ich werde ängstlich, wenn ich mich alleine fühle	19	3.24	1.88	.54	
5	Ich denke oft über die Gefahr nach, jemanden zu verlieren, der mir nahesteht	23	4.19	1.88	.49	
8	Wenn jemand ärgerlich auf mich würde, der mir etwas bedeutet, hätte ich Angst, dass er (sie) mich verlassen könnte	50	4.16	1.74	.58	
10	Nach einer Auseinandersetzung fühle ich mich sehr einsam	55	4.03	1.73	.58	
<i>Selbstkritik</i>						
2	Ich finde oft, dass ich meine eigenen Maßstäbe oder Ideale nicht erfülle	7	3.73	1.80	.69	.80
3	Es gibt einen beträchtlichen Unterschied zwischen dem, wie ich jetzt bin und wie ich gerne wäre	13	3.71	1.77	.61	
6	Ich habe oft das Gefühl, dass ich andere enttäuscht habe	30	3.00	1.76	.65	
7	Wie ich mich einschätze, ist oft unterschiedlich: Es gibt Zeiten, wenn ich mich sehr gut finde und Zeiten, wenn ich nur das Schlechte in mir sehe und mich wie ein völliger Versager fühle	36	4.22	1.97	.58	
9	Es fällt mir schwer, Schwächen bei mir anzuerkennen	53	3.53	1.57	.24	
11	Ich neige dazu, sehr kritisch mit mir zu sein	64	5.28	1.37	.52	.46
12	Ich vergleiche mich oft mit Standards oder Zielen	66	4.46	1.57	.46	

Anmerkungen: Antwortskala von 1 („Lehne ich völlig ab“) bis 7 („Stimme ich völlig zu“).

Tabelle 3. Interkorrelationen der Skalen der Originalversion des DEQ und des TDEQ-12 mit den Skalen des DAS, den Big Five Faktoren der Persönlichkeit und depressiven Symptomen (Stichprobe 3)

	DEQ			TDEQ-12			TDEQ-12 (kontrolliert für jeweils andere Skala)			<i>M (SD)</i>
	SK	ABH	SK	ABH	SK	ABH				
DAS (<i>n</i> = 431-436)										
- Anerkennung durch andere	.32**	.49**	.35**	.49**	.10*	.39**			31.04 (6.32)	
- Perfektionismus	.71**	.31**	.63**	.46**	.51**	.17**			41.94 (17.28)	
BFI-K (<i>n</i> = 429-434)										
- Neurotizismus	.68**	.52**	.68**	.60**	.52**	.37**			12.73 (3.74)	
- Extraversion	-.42**	-.04	-.27**	-.15**	-.22**	-.01			14.19 (3.69)	
- Offenheit	-.05	.05	.07	-.03	.11*	-.09			20.76 (3.22)	
- Verträglichkeit	-.25**	.07	-.19**	-.09*	-.16**	.01			12.06 (3.26)	
- Gewissenhaftigkeit	-.30**	-.08	-.22**	-.18**	-.15**	-.07			14.54 (2.75)	
ADS-K (<i>n</i> = 431-436)	.67**	.34**	.61**	.50**	.46**	.27**			11.89 (8.78)	

Anmerkungen: DEQ = Depressive Experiences Questionnaire, TDEQ-12 = Theoretischer Depressive Experiences Questionnaire - 12 Items, SK = Selbstkritik, ABH = Abhängigkeit, DAS = Skala dysfunktionaler Einstellungen, BFI-K = Big Five Inventory- Kurzversion, ADS-K = Allgemeine Depressionsskala - Kurzform.
p* < .05, *p* < .01.

Tabelle 4. Vorhersage von depressiven Symptomen durch Selbstkritik und Abhängigkeit des TDEQ-12 kontrolliert für Neurotizismus

AV: Depressive Symptome	<i>b</i>	<i>SE</i>	Beta	<i>t</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
<i>Schritt 1</i>					.35	.35*
Konstante	-5.63	1.19		-4.73*		
Neurotizismus	1.37	.09	.59	15.30*		
<i>Schritt 2</i>					.45	.10*
Konstante	-10.58	1.24		-8.55*		
Neurotizismus	.60	.12	.26	4.95*		
Selbstkritik	2.57	.38	.34	6.77*		
Abhängigkeit	1.18	.32	.17	3.68*		

Model: $R^2 = .45$, $F(3, 430) = 116.75$, $p < .01$

Anmerkungen: $n = 436$; TDEQ-12 = Theoretischer Depressive Experiences Questionnaire - 12 Items,
* $p < .01$.

2.2. Studie 2: Self-Compassion in Depression: Associations with Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients [Self-Compassion in der Depression: Zusammenhänge mit depressiven Symptomen, Rumination und Vermeidung]

2.2.1. Ziel der Studie und Fragestellungen

In Kapitel 1 wurde auf die wichtige Rolle von Self-Compassion im Zusammenhang mit Wohlbefinden, dem Umgang mit Stress (*coping*) und depressiven Symptomen eingegangen. Bislang gibt es kaum Studien, die Self-Compassion bei klinisch diagnostizierten Patienten untersucht haben. In Studie 2 wird deshalb der Frage nachgegangen, ob diagnostizierte klinisch depressive Personen im Vergleich zu nicht-depressiven Personen einen Mangel an Self-Compassion aufweisen. Zudem wurde untersucht, inwiefern Self-Compassion mit Rumination sowie Vermeidungsgedanken und Vermeidungsverhalten im Zusammenhang steht. Ausserdem wird die Hypothese getestet, dass eine vermeidende Funktionsweise, operationalisiert durch Rumination und Vermeidung, den Zusammenhang zwischen Self-Compassion und depressiven Symptomen erklärt.

2.2.2. Stichproben

Die Analysen der vorliegenden Studie werden anhand der Daten von zwei Stichproben durchgeführt. Die erste Stichprobe umfasst 142 depressive Patienten einer laufenden Psychotherapiestudie. Alle Patienten erfüllen die Kriterien einer akuten Major Depression Episode nach DSM-IV. Für die Therapiestudie wurden Patienten ausgeschlossen resp. weiterverwiesen, falls sie die Kriterien für eine aktuelle oder remittierte psychotische Störung, eine bipolare Störung, eine Posttraumatische Belastungsstörung, oder eine aktuelle Substanzabhängigkeit erfüllten, akut suizidal waren oder die depressive Störung auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückging. Des Weiteren wurden Patienten ausgeschlossen, welche die Kriterien einer Borderline, einer schizotypischen, oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllten. Das Durchschnittsalter der Stichprobe beträgt 40.6 Jahre ($SD = 11.3$). Etwas mehr als die Hälfte der Stichprobe sind Frauen (56%). 73% der Stichprobe haben eine rezidivierende depressive Störung. Für die vorliegende Studie wurden ausschliesslich die Werte der Patienten vor der Therapie verwendet.

Die Stichprobe 2 umfasst 120 Personen. Sie besteht aus 57% Frauen und das Durchschnittsalter beträgt 31.2 Jahre ($SD = 10.2$). Die Stichprobe setzt sich zusammen aus Personen, die an einer online-Erhebung teilnahmen und aus dem Umfeld der Autoren bzw. an der Universität Zürich rekrutiert wurden. Sie alle verneinten Fragen zu

Kardinalsymptomen einer aktuellen oder vergangenen depressiven Episode und gaben an, nie wegen einer Depression in Behandlung gewesen zu sein.

2.2.3. Vorgehen und Datenanalyse

Die vorliegende Studie ist in zwei Teile unterteilt: In einem ersten Teil werden die depressive und die nicht-depressive Stichprobe im Hinblick auf Self-Compassion miteinander verglichen. In einem zweiten Teil werden Analysen zu den Zusammenhängen der interessierenden Konstrukte in der depressiven Stichprobe durchgeführt.

Im ersten Teil werden die beiden Stichproben mittels Kovarianzanalysen bezüglich Self-Compassion und den Komponenten von Self-Compassion (*Self-Kindness*, *Self-Judgment*, *Common Humanity*, *Isolation*, *Mindfulness* und *Over-identification*) miteinander verglichen. Hierbei wird für Alter, Geschlecht und Ausbildung kontrolliert. Zudem werden die Analysen mit und ohne depressive Symptome als Kontrollvariable durchgeführt.

Im zweiten Teil werden in der depressiven Stichprobe die korrelativen Zusammenhänge zwischen Self-Compassion, depressiven Symptomen, zweier Ruminationsfacetten und Vermeidungsverhalten und -gedanken untersucht. Zudem wird mittels Mediationsanalysen nach dem Bootstrapping-Verfahren von Preacher und Hayes (2008) untersucht, ob die beiden Ruminationsfacetten und Vermeidungsverhalten und -gedanken den Zusammenhang zwischen Self-Compassion und depressiven Symptomen erklären. Zusätzlich testen wir mittels eines Strukturgleichungsmodells, ob der Zusammenhang zwischen Self-Compassion und depressiven Symptomen durch ein latentes Konstrukt „vermeidendes Funktionieren“ (repräsentiert aus symptomfokussierter Rumination und Vermeidungsverhalten und -gedanken) erklärt wird.

In der vorliegenden Studie werden die folgenden Fragebogen eingesetzt: Self-Compassion Skala (SCS; Hupfeld & Ruffieux, 2011), Response Style Questionnaire (RSQ; Buerger & Kuehner, 2007), Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (KBVS; Roethlin, Grosse Holtforth, Bergomi, Berking, & Caspar, 2010) und das Beck Depressions Inventar-II (BDI-II; Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006).

2.2.4. Resultate

Es zeigt sich, dass sich die depressive von der nicht-depressiven Stichprobe bezüglich Self-Compassion unterscheidet, insofern als dass die depressive Stichprobe tiefere Werte für Self-Compassion angibt als die nicht-depressive Stichprobe. Dieser Unterschied bleibt auch dann bestehen, wenn für depressive Symptome kontrolliert wird. Dieses Resultat lässt darauf

schliessen, dass depressive Patienten unabhängig von ihrer Symptomatik einen deutlich weniger mitfühlenden Umgang mit sich selbst haben. In Bezug auf die Subskalen von Self-Compassion zeigt sich, dass sich depressive von nicht-depressiven Personen bezüglich aller Komponenten von Self-Compassion unterscheiden. Nach Kontrolle für depressive Symptome zeigen sich noch signifikante Unterschiede bezüglich aller negativen Komponenten (*Self-Judgment*, *Isolation*, *Over-identification*) und einer positiven Komponente (*Self-Kindness*) von Self-Compassion. Des Weiteren zeigt sich in der depressiven Stichprobe ein zur nicht-depressiven Stichprobe äquivalentes Korrelationsmuster der Komponenten von Self-Compassion untereinander als auch zwischen den Komponenten und depressiven Symptomen.

Analysen in der depressiven Stichprobe zeigen, dass Self-Compassion mit depressiven Symptomen, symptomfokussierter Rumination und drei von vier Vermeidungsskalen zusammenhängt. In den Mediationsanalysen zeigt sich eine vollständige Mediation des Zusammenhangs zwischen Self-Compassion und depressiven Symptomen durch symptomfokussierte Rumination (jedoch nicht selbstfokussierte Rumination) und drei von vier Vermeidungsskalen. In einem Strukturgleichungsmodell kann zudem die Hypothese bestätigt werden, dass ein latentes Konstrukt „vermeidendes Funktionieren“ den Zusammenhang zwischen Self-Compassion und depressiven Symptomen vollständig erklärt.

2.2.5. Manuskript

Running Head: SELF-COMPASSION IN DEPRESSION

Self-Compassion in Depression: Associations with Depressive Symptoms, Rumination, and
Avoidance in Depressed Outpatients

Tobias KRIEGER, David ALTENSTEIN, Isabelle BAETTIG, Nadja DOERIG,
Martin GROSSE HOLTFOORTH

Department of Psychology, University of Zurich

Corresponding Author:

Tobias Krieger

Binzmuehlestrasse 14/19, 8050 Zurich, Switzerland

Phone: ++41 (0)44 635 73 38

Fax: ++41 (0)44 635 74 31

Mail: tobias.krieger@psychologie.uzh.ch

Abstract

Self-compassion involves being kind to oneself when challenged with personal weaknesses or hardship and has been claimed to be associated with resilience in various areas. However, no study so far has examined self-compassion in clinically depressed patients. The principal goals of the present study were (a) to compare self-compassion in clinically depressed patients and never-depressed subjects, (b) to investigate self-compassion and its relation to cognitive-behavioral avoidance and rumination in depressed outpatients, and (c) to investigate rumination and avoidance as mediators of the relationship between self-compassion and depressive symptoms. One hundred and forty-two depressed outpatients and 120 never-depressed individuals from a community sample completed self-report measures of self-compassion along with other measures. Results indicate that depressed patients show lower levels of self-compassion than never-depressed individuals. In depressed outpatients, self-compassion was negatively related to depressive symptoms, symptom-focused rumination, as well as cognitive and behavioral avoidance. Additionally, symptom-focused rumination and cognitive and behavioral avoidance mediated the relationship between self-compassion and depressive symptoms. These findings extend previous research on self-compassion, its relation to depression, as well as processes mediating this relationship, and highlight the importance of self-compassion in clinically depressed patients. Since depressed patients seem to have difficulties adopting a self-compassionate attitude, psychotherapists are well advised to explore and address how depressed patients treat themselves.

Keywords: self-compassion, rumination, avoidance, depression, outpatients

Self-Compassion in Depression: Associations with Depressive Symptoms, Rumination and Avoidance in Depressed Outpatients

Self-compassion has recently spurred much interest in social, personality, and clinical psychology research. As self-compassion is “compassion turned inward” (Neff, 2012, p. 79), it describes a kind attitude towards oneself when challenged with personal weaknesses and in the face of mental or physical pain. A self-compassionate attitude includes a balanced view of oneself as well as one’s (negative) emotional experiences (Gilbert, 2005; Neff, 2012). Neff (2003b) defined self-compassion in terms of three bipolar components: 1) self-kindness (vs. self-judgment), which refers to the ability of treating oneself with care and understanding as opposed to harsh self-judgment, 2) common humanity (vs. isolation), which refers to the recognition that imperfection is a shared aspect of the human experience, as opposed to feeling isolated and alone by one’s failures and imperfections and 3) mindfulness (vs. over-identification), which involves holding and accepting one’s present-moment experience as opposed to getting involved by the emotion. Whether measured as a trait (for review see Neff, 2012) or induced as a state (e.g. Breines & Chen, 2012; Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007), self-compassion relates positively to mental health and adaptive psychological functioning. For example, higher levels of self-compassion are associated with greater life satisfaction, emotional intelligence, social connectedness, and stronger mastery goals, as well as with lower levels of depressive symptoms, anxiety, rumination, shame, self-criticism, fear of failure, and burnout (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2012).

A recent meta-analysis by MacBeth and Gumley (2012) found a large overall effect size ($r = -.52$) for the relationship between self-compassion and depressive symptoms across various studies. However, most research on self-compassion and depression was conducted with non-clinical samples, whereas research in clinical samples has yet been sparse (Barnard & Curry, 2011). With regard to the components of self-compassion, some studies investigated the relation of components of self-compassion with depressive symptoms in non-clinical samples (Mills, Gilbert, Bellew, McEwan, & Gale, 2007; Ying, 2009) and in people seeking help for anxious distress (Van Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine, 2011). Overall, whereas depressive symptoms were negatively correlated with positive aspects of self-compassion, they were positively correlated with negative aspects. As Barnard and

Curry (2011) point out, the strength of the associations of depressive symptoms with the positive aspects of self-compassion, especially with common humanity, tend to be weaker than those with the negative aspects.

So far, there are only a handful of studies that assessed self-compassion in clinically depressed patients. Results of intervention studies in currently depressed patients (Shahar, et al., 2011) and depressed patients in partial or full remission (Kuyken, et al., 2010) suggest favorable effects of change in self-compassion on depressive symptoms. Hence, it can be assumed that depressed individuals lack self-compassion. Nevertheless, to our knowledge, there is no study that examines the difference in self-compassion between clinically depressed patients and never-depressed subjects. Furthermore, apart from a study in a sample seeking treatment for anxious and depressive symptoms (Van Dam, et al., 2011), there is no study that examines the relation of components of self-compassion with depressive symptoms in clinically depressed patients. However, such information may be important when considering the implementation of self-compassion-focused interventions in existing treatments of depression.

Avoidance has originally been associated with anxiety disorders, but has recently gained attention in depression research (for review see Trew, 2011). Research indicates that depressed individuals seem to be more responsive to anticipated aversive stimuli (e.g., Abler, Erk, Herwig, & Walter, 2007) and have difficulties disengaging attention from negative material (Gotlib & Joormann, 2010). Therefore, it can be assumed that avoidance of aversive stimuli or situations may be especially likely in depressed individuals. While in the short term, avoidance may provide relief from distressing experiences, individuals do not get closer to a problem solution. Therefore, avoidance may exacerbate unresolved problems or even create new problems (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001; Ottenbreit & Dobson, 2008). Thus, avoidance may contribute to a vicious circle, with future aversive conditions evoking avoidance that is maintained by negative reinforcement (Manos, Kanter, & Busch, 2010). Accordingly, several studies have found that avoidance is significantly related to depressive symptoms and highlight the importance of distinguishing social from nonsocial and behavioral from non-behavioral avoidance (Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Ottenbreit & Dobson, 2004; Roethlin,

Grosse Holtforth, Bergomi, Berking, & Caspar, 2010). Overall, these results support further examining the role of avoidance in depression for research and clinical purposes alike.

Rumination has been found to prospectively predict the onset, severity and in some studies the duration of depression (Just & Alloy, 1997; Kuehner & Weber, 1999; Spasojevic & Alloy, 2001; for review see Wisco & Nolen-Hoeksema, 2008). Rumination has originally been defined as persistent and recurring thoughts, unintentionally entering consciousness and focusing one's attention on one's depressive symptoms as well as on the implications of these symptoms (Nolen-Hoeksema, 1991). Rather than assuming homogeneity, most authors have suggested that rumination may be best conceptualized as a multi-factored construct, which captures both negative and positive forms of self-focus (for review see Watkins, 2008). Accordingly, brooding (referring to self-critical moody pondering) has been shown to be associated with higher levels of depression, whereas results are mixed with regard to reflective rumination (capturing emotionally neutral pondering) (e.g. Burwell & Shirk, 2007; Rimes & Watkins, 2005; Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz, & van Os, 2008; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). These inconclusive findings regarding reflection seem to also depend on the (negative) valence of the thought content and on the abstractness of construal (Watkins, 2008). Other researchers differentiate between symptom-focused and self-focused rumination (Bagby & Parker, 2001; Buerger & Kuehner, 2007; Cox, Enns, & Taylor, 2001; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998), with the latter largely overlapping with the reflection subscale. Whereas symptom-focused rumination assesses a coping style of perseveratively thinking about one's depressive symptoms as well as their implications, self-focused rumination is related to self-analysis and self-isolation (Huffziger, Reinhard, & Kuehner, 2009). With this distinction, symptom-focused rumination has been found to predict depressive symptoms in longitudinal studies, whereas self-focused rumination did not (Buerger & Kuehner, 2007; Huffziger, et al., 2009).

It has been argued, that rumination and avoidance share certain commonalities (Giorgio, et al., 2010; Moulds, et al., 2007; Ottenbreit & Dobson, 2008; Smith & Alloy, 2009). While Watkins and Moulds (2007) proposed that rumination may function to limit the emotional impact of negative material, the Behavioral Activation Model (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974) would suggest that rumination may function to limit contact with the environment. Yet, both of the proposed functions of

rumination may also act in concert, and rumination may potentially serve to have cognitive and behavioral avoidant functions (Watkins & Moulds, 2007). Taken together, the common feature of rumination and cognitive as well as behavioral avoidance seems to be that all serve as coping strategies that prevent people from confronting certain aversive stimuli and from making certain aversive experiences (Ottenbreit & Dobson, 2008).

Pathways from self-compassion to depression

So far, there is little research on potential pathways through which a lack of self-compassion may lead to or increase depressive symptoms. In their review on self-compassion and coping, Allen and Leary (2010) conclude that a self-compassionate attitude promotes a way of coping with negative events that is primarily characterized by functional non-avoiding coping tactics, such as positive cognitive reframing or problem solving. Self-compassion involves directing the same kind of compassion toward oneself that one conveys toward loved ones who are suffering, and to minimize one's future suffering. In turn, a lack of self-compassion may foster an avoiding way of functioning. Consistent with this assumption, people with low levels of self-compassion have been found to be more likely to ruminate (Neff, 2003a; Neff & Vonk, 2009). Furthermore, Neff and colleagues (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007) found in a student sample that change in self-compassion over a 1-month interval was negatively correlated with change in rumination ($r = -.40, p < .01$). In addition, a lack of self-compassion has been associated with cognitive avoidance. For example, Neff (2003a) found that self-compassion is negatively associated with thought suppression, as a form of cognitive avoidance. Furthermore, in a study by Neff and colleagues (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005), self-compassion was found to be negatively associated with denial and mental disengagement in response to receiving an unsatisfactory midterm grade. In a recent study, Raes (2010) showed that rumination mediated the relation between self-compassion and depressive symptoms. Supporting the assumed multi-faceted nature of rumination, he found that only brooding but not reflection mediated the relationship between self-compassion and depressive symptoms. Taken together, previous research suggests a mediational model, in which self-compassion is associated with avoidant functioning (avoidance and rumination), which in turn is related to symptoms of depression.

The present study

Most of the research cited above focused on non-clinical subjects, and little is known about self-compassion in clinically depressed patients. The present study aims at shedding more light on self-compassion in clinically depressed subjects by pursuing three main goals: (a) to compare self-compassion in never-depressed with self-compassion in clinically depressed subjects, (b) to investigate the relation between facets of self-compassion and depressive symptoms, and (c) to investigate the relation between self-compassion, avoidant functioning and depressive symptoms in depressed patients.

Based on the research cited above, we tested the following hypotheses:

1. Depressed patients show lower levels of self-compassion than never-depressed people (overall and in its components).
2. In depressed patients, self-compassion and its components are associated with depressive symptoms (negative associations between depressive symptoms and overall self-compassion, self-kindness, common humanity, and mindfulness; positive associations between depressive symptoms and self-judgment, isolation, and over-identification).
3. Self-compassion is negatively associated with symptom-focused rumination and avoidance.
4. Symptom-focused rumination and avoidance mediate the relationship between self-compassion and depressive symptoms.

Methods

Participants. The analyses in this study were conducted with the data of two samples. The first sample consisted of clinically depressed patients; the other sample consisted of never-depressed subjects from the community. The depressed sample involved 142 clinically depressed patients who were seeking psychotherapeutic treatment at a university-based outpatient clinic and were already enrolled in a clinical trial. Patients had been enrolled over a 26-month period from January 2010 to February 2012. Patients were recruited for the clinical trial via local media, Internet, public advertisement, local general practitioners, and local psychiatrists. All patients fulfilled the criteria of a

current major depressive episode (MDE). DSM-IV diagnoses were obtained using the German version of the Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) conducted by trained interviewers. The interviewers were advanced psychology students, who received a two-day training conducting the SCID-Interview including roleplays and watching videotaped SCID-Interviews. Additionally, results of all interviews were discussed with a clinically experienced supervisor (second author) in order to confirm the diagnoses. Post-hoc interrater agreement for the SCID-I interviews (based on a random selection of DVDs of 22% of the interviews) was $\kappa = .65$ for MDE and $\kappa = .80$ for the course of the depression (single or recurrent episode). These values can be categorized as *good* for MDE and as *excellent* for the course (Cicchetti, 1994) and are in line with the recently reported interrater reliability of the SCID-I diagnosis for major depression (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011). For purposes of the clinical trial, persons with MDE were excluded if they met one or more of the following criteria: Past or current psychotic or bipolar disorder; posttraumatic stress disorder; borderline, schizotypic, or antisocial personality disorder; current substance dependence; acute suicidality; or mood disorders due to medical conditions. Patients could take antidepressant medication, but they had to have kept the dosage and type of medication stable for at least one month prior to enrollment and had to continue with their medication unchanged throughout the trial. The mean age of the patient sample was 40.6 years ($SD = 11.3$). Seventy-nine subjects were women (56%). Forty percent of the sample was single; 39% were in a relationship or married; 16% were separated, divorced or widowed; and for 6%, information on marital status was missing. The large majority of the sample was Caucasian (> 95%). Seventy-three percent of the sample had a recurrent MDE, 27% had a single MDE. Thirty-four percent of the sample had a least one additional comorbid anxiety disorder. The local ethics committee had approved the study protocol, and all participants provided informed consent prior to assessment.

For the never-depressed sample, 196 subjects (122 women, 74 men) were recruited from the social environment of researchers and students of the university. All participants provided informed consent before admission to the study and completed the questionnaires in an online survey. Participants took part voluntarily. Students received credit toward a course requirement regarding research participation. The survey adhered to the guidelines of the ethics committee of the

psychological department of the university. The Self-Compassion Scale (SCS), the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), as well as the Cognitive–Behavioral Avoidance Scale (CBAS) were part of a larger package of questionnaires (mean completion time was approximately 40 minutes). In order to screen for current and past depression, each participant answered two questions regarding the cardinal symptoms of MDE taken from the SCID-I-interview for the last month and at any time (depressed mood; decreased interest or pleasure). Additionally, participants were asked whether they had ever been treated for depression. One hundred twenty participants (61% of the total sample; 57% female) answered all of these screening questions with “no” and were included in the never-depressed sample (ND) of the present study. The mean age of the ND sample was 31.2 years ($SD = 10.2$). Most of the participants worked full or part-time (58%), and 38% were students. Fifty-five percent were single; 40% were in a committed relationship or married; 4% were separated, divorced, or widowed; and for 1%, information on marital status was missing.

Measures

Self-Compassion. Self-compassion was measured by the Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003a). The SCS is a 26-item self-report inventory that consists of six subscales: self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification. Each item was rated on a 5-point scale (1 = *strongly disagree* to 5 = *strongly agree*). In the present study, we used the German version of the SCS, that has shown good factorial validity and construct validity, high internal consistency and retest reliability for the total score, as well as the subscales in a student sample (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Internal consistencies of the SCS in the depressed sample of the present study were as follows (Cronbachs’ alphas for the ND sample are given in the parentheses): total score: $\alpha = .91$ (.86); self-kindness $\alpha = .87$ (.78); self-judgment $\alpha = .70$ (.72); common humanity $\alpha = .74$ (.58); isolation $\alpha = .74$ (.82); mindfulness $\alpha = .75$ (.66); and over-identification $\alpha = .56$ (.64).

Depressive Symptoms. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; German version: Kuehner, Bürger, Keller, & Hautzinger, 2007) is a self-report measure consisting of 21 items describing symptoms of depression. Total scale scores range from 0 to 63, with a higher score indicating more depressive symptoms. The reliability and validity of the German

version of BDI-II have been well established (Kuehner, et al., 2007). Cronbach's α 's in the present study were .88 for the depressed sample and .77 for the never-depressed sample.

Rumination. Symptom-focused (RSQ-SYM) and self-focused rumination (RSQ-SELF) were assessed using the corresponding subscales of the German short form of the Response Styles Questionnaire (RSQ; Buerger & Kuehner, 2007). Whereas RSQ-SYM assesses a coping style of perseveratively thinking about one's depressive symptoms and their implications, RSQ-SELF consists of items primarily related to self-analysis and self-isolation. The RSQ asks participants about their general responses to sadness or depressed mood on a 4-point-Likert scale. Sample items for each scale are: "When I feel sad or depressed, I think I won't be able to do my job/work because I feel so badly." (RSQ-SYM) and "When I feel sad or depressed, I go away by myself and think about why I feel this way" (RSQ-SELF). The two subscales of the RSQ have previously shown appropriate to good psychometric properties, including internal consistency, temporal stability, as well as concurrent, discriminant, and predictive validity (Buerger & Kuehner, 2007). In the depressed sample, Cronbach's α was .70 for RSQ-SYM, and .67 for RSQ-SELF.

Avoidance. The Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS; Ottenbreit & Dobson, 2004) is a multidimensional measure that assesses avoidance across four factors: (a) behavioral-social (CBAS-BS; e.g., "I find that I often want to leave social gatherings"); (b) behavioral-nonsocial (CBAS-BN; e.g., "I quit activities that challenge me too much"); (c) cognitive-social (CBAS-CS; e.g., "I fail to discuss/address tension that builds in a relationship"); and (d) cognitive-nonsocial (CBAS-CN; e.g., "I avoid making decisions about my future"). The study by Ottenbreit and Dobson (2004) indicated that the CBAS shows good internal consistency, strong test-retest reliability, as well as good convergent and divergent validity. In the current study, we used the German translation of the CBAS (Roethlin, et al., 2010), which has demonstrated similarly good psychometric properties. Cronbach's α was .92 for the total scale (CBAS-T), .85 for CBAS-BS, .67 for CBAS-BN, .80 for CBAS-CS, and .84 for CBAS-CN in the depressed sample.

Statistical Analysis

The Statistical Package for Social Sciences 20 (SPSS) for Macintosh was used for computing

descriptive statistics, correlations and internal consistencies, as well as for analyses of covariances. Furthermore, we conducted mediation analyses using the INDIRECT script by Preacher and Hayes (2008). In assessing mediation, it is important to make a distinction between several different effects. The total effect (c) of an independent variable (IV) on a dependent variable (DV) is composed of a direct effect (c') of the IV on the DV and an indirect effect (weight ab) of the IV on the DV through a proposed mediator (M). Weight a represents the effects of the IV on the M, whereas weight b is the effect of the M on the DV, partialing out the effect of the IV. More specifically, an indirect effect is computed by multiplying the regression weights of a and b . We used a bootstrapping re-sampling (with 1000 resamples) to assess the indirect effects (Preacher & Hayes, 2008). Bootstrapping is a nonparametric resampling procedure that generates an empirical approximation of the sampling distribution of a statistic from the available data. Thus, point estimates and 95% confidence intervals are estimated for the indirect effects. We report the bias-corrected and accelerated confidence interval. We considered point estimates of the indirect effects as significant in case zero was not included in the confidence interval. According to the sample size guidelines of Fritz and MacKinnon (2007), we had a sufficient number of participants in our depressed sample to detect a mediation effect with the bootstrapping procedure.

Additionally, we tested a mediation model in a structural-equation modeling (SEM) framework. SEM was performed with the lavaan package (Rosseel, 2012) with maximum likelihood estimation in the R environment (R Development Core Team, 2011). Model fit was assessed using the following indices: χ^2 -test statistic, the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker-Lewis Index (TLI), the Root Mean Square of Approximation (RMSEA), and the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). A model was seen as acceptable, in which the χ^2 -test was not significant, CFI and TLI were each greater than 0.90, the RMSEA index was below .08, and the SRMR was below .10 (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005).

Results

Preliminary Analyses

The depressed sample (DS) and the never-depressed sample (NDS) differed significantly regarding BDI total score (DS: $M = 25.61$, $SD = 9.04$; NDS: $M = 3.95$, $SD = 3.88$; $t[198,93] = 25.86$, $p < .001$). Further, the samples differed significantly regarding age ($t[258,84] = 7.05$, $p < .001$) and marital status ($\chi^2[2] = 10.99$, $p < .01$), and there was an insignificant trend with regard to education ($\chi^2[4] = 9.31$, $p = .054$). Samples did not differ regarding gender distribution ($\chi^2[1] = 0.28$, $p = .87$). Due to the results of these analyses, we decided to include age, marital status and education as covariates in subsequent analyses comparing the two samples.

Self-compassion in clinically depressed patients and never-depressed subjects. As Table 1 indicates clinically depressed patients were significantly less self-compassionate than never-depressed subjects. Furthermore, the two samples differed regarding all subscales of self-compassion.⁸ In order to investigate whether levels of depressive symptoms may account for this difference, we reconducted the analyses of depressed and never-depressed regarding levels of self-compassion with depressive symptoms as an additional covariate. Results indicated that the two samples still differed significantly regarding the self-compassion total score, as well as in the self-kindness, self-judgment, isolation, and over-identification subscales.

Insert Table 1 around here

Self-compassion, its components, and depressive symptoms. Next, we performed correlational analyses for self-compassion as measured by the SCS, its subscales, and depressive

⁸ Following the advice of an anonymous reviewer, we also compared for exploratory reasons the never-depressed sample and the depressed sample with respect to the scales of the CBAS correcting for age, marital status and education. Results indicated that the depressed sample showed significantly higher scores on the total score as well as all four subscales of the CBAS (CBAS-T: $F(1,244) = 382.74$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .61$; CBAS-BS: $F(1,244) = 245.54$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .50$; CBAS-BN: $F(1,244) = 275.66$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .53$; CBAS-CS: $F(1,244) = 178.90$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .42$; CBAS-CN: $F(1,244) = 320.65$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .57$). Comparing the two samples regarding rumination scores was not possible, because the samples completed different rumination scales.

symptoms in both samples. As can be seen in Table 2, self-compassion was significantly negatively correlated with depressive symptoms in the depressed sample ($r = -.23, p < .01$) as well as in the never-depressed sample ($r = -.37, p < .01$). These correlation coefficients did not differ significantly from each other ($Z_{diff} = 1.23, p = .22$). All subscales of the SCS correlated in the expected direction with the total self-compassion score in the depressed sample as well as in the never-depressed sample. Furthermore, correlational analyses indicated that in both samples all subscales except common humanity correlated with depressive symptoms in the expected direction.

Insert Table 2 around here

Self-compassion, rumination, and avoidance in depressed patients. Table 3 gives an overview of how self-compassion is related to the different facets of rumination and avoidance. As expected, self-compassion was significantly negatively associated with symptom-focused rumination, but not with self-focused rumination. Furthermore, self-compassion was significantly negatively associated with all avoidance scales except for cognitive social avoidance.

Insert Table 3 around here

Mediation analyses: Rumination and avoidance as mediators of the relation between self-compassion and depressive symptoms. The results of the mediation analyses are presented in Table 4. The indirect effect of self-compassion on depressive symptoms through symptom-focused rumination was $ab = -.06$ ($SE = .03$) with a 95% bootstrap confidence interval ($CI_{95\%}$) of $-.12$ to $-.002$. Because zero is not in the 95% confidence interval for rumination, it can be concluded that this indirect effect is significantly different from zero at $p < .05$, and that symptom-focused rumination mediates the relationship between self-compassion and depressive symptoms. With respect to self-focused rumination, this was not the case ($ab = -.02, SE = .02, CI_{95\%} = -.07$ to $.002$).

Next, we tested whether total avoidance and the subscales of avoidance mediate the relationship between self-compassion and depressive symptoms. Results of these analyses suggest that total avoidance completely mediated the relation between self-compassion and depression. The indirect effect of self-compassion on depressive symptoms through avoidance was $ab = -.08$ ($SE = .03$) with a 95% bootstrap confidence interval of $-.17$ to $-.02$. Subsequent analyses for the subscales

of avoidance showed that all subscales of the CBAS (CBAS-BN: $ab = -.06$, $SE = .03$, $CI_{95\%} = -.13$ to $-.01$; CBAS-BS: $ab = -.07$, $SE = .03$, $CI_{95\%} = -.15$ to $-.02$; CBAS-CN: $ab = -.06$, $SE = .03$, $CI_{95\%} = -.13$ to $-.01$) except for Cognitive Social Avoidance ($ab = -.02$, $SE = .02$, $CI_{95\%} = -.08$ to $.002$) mediated this relation.

Insert Table 4 around here

In a last step, we tested the hypothesis that the relation between self-compassion and depressive symptoms is mediated through a latent variable “avoidant functioning,” which was composed of the avoidance total score as well as symptom-focused rumination. A model of the association between participants’ self-compassion, and their current depressive symptoms was specified. Low levels of self-compassion were significantly associated with increased depressive symptoms ($\beta = -.23$, $z = -2.91$, $p < .01$). Subsequently, a model including the direct association between self-compassion and current depressive symptoms as well as the indirect association of self-compassion through its association with avoidant functioning (defined as a latent factor and including avoidance total score and symptom-focused rumination) on depressive symptoms was specified and estimated. This model was found to fit the observed data adequately: $\chi^2(1)=1.53$, $p = .22$, CFI = 0.99, TLI = 0.95, RMSEA = .06, SRMR = .020. As shown in Figure 1, low levels of self-compassion were significantly associated with high levels of avoidant functioning ($\beta = -.39$, $z = -3.03$, $p < .01$). Avoidant functioning, in turn, was significantly associated with high levels of depressive symptoms ($\beta = .63$, $z = 3.49$, $p < .01$). Furthermore, the significant association between participants’ self-compassion and their depressive symptoms decreased when avoidant functioning was included in the model ($\beta = -.03$, $z = .23$, $p = .82$). Finally, a bootstrapping procedure with 1000 resamples indicated that the indirect effect of self-compassion on depressive symptoms through avoidant functioning was significant ($p = .04$).

Discussion

The purpose of the present study was to investigate self-compassion in clinical depression. To our knowledge, this is the first study investigating self-compassion in a clinically depressed outpatient sample in comparison to a never-depressed sample. In support of our hypotheses, clinically depressed

subjects differed from never-depressed subjects regarding total self-compassion as well as regarding all subscales of the SCS. Furthermore, all subscales (except for common humanity) were associated with depressive symptoms in both samples. In depressed patients, self-compassion was negatively correlated with symptom-focused rumination and with three of four facets of cognitive and behavioral avoidance. Symptom-focused rumination as well as three out of four facets of cognitive-behavioral avoidance fully mediated the relation between self-compassion and depression. Finally, assuming that symptom-focused rumination and behavioral and cognitive avoidance are aspects of a higher-level construct “avoidant functioning”, results of an SEM framework confirmed that avoidant functioning fully mediates the relationship between self-compassion and current depressive symptoms.

Our results demonstrate that depressed outpatients differ significantly in self-compassion from never-depressed subjects. Although this effect can be considered large, the effect became small when controlling for depressive symptoms. Nevertheless, this result seems to be important since previous studies have shown that, as compared to individuals with lower levels of self-compassion, individuals with higher levels of self-compassion seem better able to keep negative situations in perspective and appear more resilient after experiencing a stressor (Leary, et al., 2007; Neff, et al., 2007). Therefore, our finding suggests that people currently suffering from depression miss out on this protective effect of self-compassion and therefore might profit from interventions fostering self-compassion (cf. Kuyken, et al., 2010). Furthermore, we also observed significant group differences on subscales of the Self-Compassion Scale. Interestingly, differences regarding mindfulness and common humanity were no longer significant after controlling for depressive symptoms. This result may suggest that in treatment depressed people may profit most from interventions aimed at self-kindness and the negative aspects of self-compassion. Moreover, a recent study (Wong & Mak, 2012) suggests that subjects prone to specific vulnerability factors of depression (e.g. self-criticism) might profit most from different aspects of self-compassion. Previous intervention studies that have tested this specific hypothesis in samples vulnerable to depression yielded mixed results (Kelly, Zuroff, & Shapira, 2009; Shapira & Mongrain, 2010). However, there is a lack of studies that test this hypothesis in currently depressed patients. Furthermore, one has to keep in mind that the interventions applied in the studies mentioned above were based on online- and computer-based interventions, i.e. in the absence of a

therapist. Therefore, studies are needed that investigate this specific hypothesis in depression treatment. Furthermore, despite the reported differences between currently depressed patients and never depressed subjects, the effect might not be specific to depression, since Werner and colleagues (Werner, et al., 2011) also have found differences in socially anxious patients regarding all subscales after controlling for symptomatology. Therefore, the question of disorder-specificity remains unresolved and needs further clarification in future research. In sum, results of the present study lend support to the notion that self-compassion is substantially lower in depressive patients than in control samples, which seems to also hold for all facets of self-compassion except for common humanity.

Moreover, the present study's results showed small to medium-sized correlations in the expected direction between the total score of self-compassion and all its subscales (except common humanity) with depressive symptoms in the depressed and the never-depressed sample. This finding replicates and extends similar results found by other researchers in various samples (Brooks, Kay-Lambkin, Bowman, & Childs, 2012; Hupfeld & Ruffieux, 2011; Van Dam, et al., 2011; Ying, 2009). However in the depressed sample, the relationship between total self-compassion and depressive symptoms was smaller than in a recent meta-analysis in clinical and non-clinical samples finding a large effect size (MacBeth & Gumley, 2012). This difference may be explained on the one hand by the finding that especially in the depressed sample self-compassion scores were very low, and on the other hand that the etiology and the severity of a clinical depression cannot be explained comprehensively by one single factor but by a combination of multiple biological, psychological and social factors (Gotlib & Hammen, 2009).

Our results further showed that the observed small relation between self-compassion and current depressive symptoms is fully mediated by symptom-focused rumination and avoidance. Furthermore, analyses showed that this was not the case for self-focused rumination and cognitive social avoidance. Our results regarding rumination back up the results by Raes (2010), who showed in a student sample that the relation between self-compassion and depression was partially mediated by brooding (as a maladaptive type of rumination) but not by reflection.

So far, results on the potential adaptiveness of self-focused rumination or reflection in depressed patients, led to mixed results, which may be due to the fact that distinguishing different forms of rumination might be difficult for individuals currently in a depressive mood state (Joormann, Dkane, & Gotlib, 2006). This interpretation is supported by the finding of the present study that both rumination factors were positively associated with depressive symptoms. Additionally, we expanded previous research by showing that cognitive-behavioral avoidance also mediates the relationship between self-compassion and depressive symptoms. Both rumination as well as cognitive and behavioral avoidance can be understood as facets of experiential avoidance (Ottenbreit & Dobson, 2008). Along these lines, a mediation analysis in a SEM framework supports the hypothesis that less self-compassionate people tend to function in a more avoiding manner and as a result, are more likely to experience depressive symptoms. Nevertheless, this hypothesis should be tested in sufficiently powered studies with longitudinal designs and measures that more explicitly tap emotional avoidance. These studies will need to explore whether more specific measures of emotional avoidance have similar or different patterns of relationship with self-compassion and depression.

If future research can consolidate the causal status of too little self-compassion in the development and/or the severity of depression, refining interventions as to specifically target an increase of self-compassion seems a promising venue in the development of depression therapy. The interventions that have already been presented (e. g., Germer, 2009; Gilbert, 2010; Neff & Germer, 2012) provide a suitable vantage point for this line of inquiry. Given that certain changes in self-concept figure as positive outcomes in psychotherapies (Connolly Gibbons, et al., 2009), the study of change in self-compassion as a closely related concept in established treatment approaches may advance a better understanding of mechanisms of change in psychotherapy.

Limitations and Conclusions

A number of limitations warrant acknowledgement. First, the cross-sectional design of the study limits interpretations of the differences between depressed and never-depressed subjects, as well as of the findings of the mediation analyses. For example, it cannot be determined whether differences between depressed and never-depressed subjects may be due to scar effects of the current or a past

depressive episodes rather than being attributable to depression vulnerability (Just, Abramson, & Alloy, 2001). Consequently, future research on the assumed links between self-compassion, rumination, avoidance, and depression should use prospective longitudinal study designs. Second, the never-depressed participants were screened for depression, but not for other disorders. Consequently, never-depressed subjects might have suffered from other psychological disorders not being assessed. Not finding differences regarding the positive aspects of self-compassion may also be due to this limitation. Thus, future studies are well advised to screen for other psychological disorders in order to exclude this possibility. Third, the presented study is based on self-report measures that are sensitive to memory biases. Future studies may profit from using more objective measures such as behavioral measures or rater-based assessments of self-compassion in order to measure the degree of self-compassion more objectively (cf. Sbarra, Smith, & Mehl, 2012; Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, & Nielsen, 2011). Forth, as described the samples in the present study were recruited in different ways. Therefore, it might be possible that the observed differences in total self-compassion and its components may be due to variables not accounted for. For example, Baer and colleagues (Baer, Lykins, & Peters, 2012) showed that meditation experience is a potential confounding variable with regard to self-compassion. Therefore, future studies should assess for meditation experience when comparing different samples on self-compassion.

In summary, the results of this study add to the existing literature on self-compassion by suggesting that clinically depressed people are much less self-compassionate than never-depressed subjects, even when controlling for depressive symptoms. Notwithstanding, a closer look at the results shows that after controlling for depressive symptoms, these differences are maintained for all negative subscales of self-compassion, but for one positive subscale only (i.e., self-kindness). In addition, the present study promises to advance our understanding of how rumination and avoidance may relate to depression. Our results propose that a lack of self-compassion may further the development of depressive symptoms via excessive avoidance. To test such hypotheses on disease mechanisms, future research seems well advised to continue investigating self-compassion in clinical and high-risk samples. Since self-compassion has repeatedly been proposed as a stress buffer (e.g. Terry, Leary, & Metha, 2012), adding interventions fostering self-compassion to established

treatments such as cognitive-behavioral therapy might help to decrease the number of depressive relapses after successful psychotherapies. Also, investigating differential changes in the components of self-compassion in response to various interventions may contribute to the refinement of depression therapy. However, we suspect that a lack of self-compassion represents a more general vulnerability factor for psychopathology, and that a wider range of people may profit from developing more self-compassion.

Acknowledgments & Disclosure Statement

This research was supported from the Swiss National Science Foundation (PP00P1-123377/1) awarded to the second author. We thank the patients and other participants who participated in the research. We also thank Brandy Foster for proofreading an earlier version of the manuscript. The authors of this manuscript do not have any conflicts of interest, financial or personal relationships, or affiliations to disclose.

References

- Abler, B., Erk, S., Herwig, U., & Walter, H. (2007). Anticipation of aversive stimuli activates extended amygdala in unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 511-522.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 107-118.
- Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 230-238.
- Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2001). Relation of rumination and distraction with neuroticism and extraversion in a sample of patients with major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 91-102.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289-303.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory – Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 1133-1143.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 1-10.
- Buerger, C., & Kuehner, C. (2007). Copingstile im Umgang mit depressiver Stimmung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 36-45.
- Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 56-65.

- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., Temes, C. M., & Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 801-813.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Taylor, S. (2001). The effect of rumination as a mediator of elevated anxiety sensitivity in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 525-534.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science*, 18, 233-239.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. East Sussex: Routledge.
- Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1021-1031.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.

- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- Huffziger, S., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2009). A longitudinal study of rumination and distraction in formerly depressed inpatients and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 746-756.
- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 115-123.
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8, 255-270.
- Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-280.
- Just, N., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: a critique and conceptual analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 63-83.
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 301-313.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Kuehner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II): Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt*, 78, 651-656.

- Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, 29, 1323-1333.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Wiley.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical psychology & psychotherapy*, 18, 75-79.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 545-552.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30, 547-561.
- Mills, A., Gilbert, P., Bellew, R., McEwan, K., & Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical psychology & psychotherapy*, 14, 358-364.
- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 251-261.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. K. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, Advance online publication.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 293-313.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2008). Avoidance. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 447-470). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- R Development Core Team. (2011). *R Foundation for Statistical Computing*. Vienna, Austria.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.

- Rimes, K. A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1673–1681.
- Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 401-423.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1283-1289.
- Roethlin, P., Grosse Holtforth, M., Bergomi, C., Berking, M., & Caspar, F. (2010). Vermeidung und Depression: Die psychometrische Evaluation der deutschen Version der "Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)". *Diagnostica*, 56, 46-55.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-36.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehl, M. R. (2012). When Leaving Your Ex, Love Yourself: Observational Ratings of Self-Compassion Predict the Course of Emotional Recovery Following Marital Separation. *Psychological Science*, 23, 261-269.
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48, 293-303.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O., & Arkowitz, H. (2011). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, [Epub ahead of print].
- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 377-389.
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 9, 116-128.

- Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion, 1*, 25-37.
- Terry, M. L., Leary, M. R., & Metha, S. (2012). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*, 1-13.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: an integrative model. *Clinical Psychology Review, 31*, 1156-1168.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 247-259.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 123-130.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*, 163-206.
- Watkins, E. R., & Moulds, M. L. (2007). Reduced concreteness of rumination in depression: A pilot study. *Personality and Individual Differences, 43*, 1386-1395.
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Self-compassion and social anxiety disorder. 1-16.
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Ruminative response style. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 221-236). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wong, C. C. Y., & Mak, W. W. S. (2012). Differentiating the role of three self-compassion components in buffering cognitive-personality vulnerability to depression among Chinese in Hong Kong. *Journal of Counseling Psychology*, Advance online publication.

Ying, Y. W. (2009). Contribution of self-compassion to competence and mental health in social work students. *Journal of Social Work Education, 45*, 309-323.

Table 1

Self-Compassion in Never-Depressed Subjects and Clinically Depressed Patients

	Never-Depressed Subjects <i>M (SD)</i>	Depressed Patients <i>M (SD)</i>	<i>F</i>	Partial η^2	<i>F</i>	Partial η^2
						(Controlling for depressive symptoms)
SCS	3.31 (.36)	2.75 (.41)	127.28**	.34	12.79**	.05
SCS-sk	3.31 (.78)	2.47 (.78)	59.54**	.19	5.19*	.02
SCS-ch	2.97 (.76)	2.55 (.71)	15.12**	.06	.58	.00
SCS-m	3.32 (.70)	2.82 (.70)	37.49**	.13	.76	.00
SCS-sj	2.34 (.70)	3.55 (.61)	255.93**	.48	32.75**	.12
SCS-i	1.93 (.84)	3.40 (.81)	221.59**	.47	27.36**	.10
SCS-oi	2.51 (.80)	3.62 (.66)	146.44**	.37	13.16**	.05

Notes. SCS = Self-Compassion total score, -sk = Self-Kindness subscale, -ch = Common Humanity subscale, -m = Mindfulness subscale, -sj = Self-Judgment subscale, -i = Isolation subscale, -oi = Over-Identification subscale. Age, marital status and education were entered as covariates in all analyses.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 2

Intercorrelations of Self-Compassion, Its Components, and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients and Never-Depressed Subjects

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. SCS	-	.79**	.65**	.68**	-.43**	-.52**	-.22*	-.37**
2. SCS-sk	.87**	-	.46**	.44**	-.22*	-.23*	-.11	-.19*
3. SCS-ch	.74**	.61**	-	.50**	.14	.02	.04	-.11
4. SCS-m	.79**	.68**	.55**	-	-.17	-.25**	-.38**	-.31**
5. SCS-sj	-.70**	-.61**	-.28**	-.37**	-	.61**	.61**	.37**
6. SCS-i	-.58**	-.37**	-.20**	-.39**	.52**	-	.62**	.48**
7. SCS-oi	-.35**	-.37**	-.21**	-.36**	.44**	.68**	-	.40**
8. BDI-II	-.23**	-.21**	-.15	-.18*	.23**	.22**	.24**	-

Notes. SCS = Self-Compassion total score, -sk = Self-Kindness subscale, -ch = Common Humanity subscale, -m = Mindfulness subscale, -sj = Self-Judgment subscale, -i = Isolation subscale, -oi = Over-Identification subscale, BDI-II = Beck Depression Inventory II. Correlation coefficients for the depressed sample are shown in the lower-left part of the table and for the never-depressed sample in the upper-right part of the table.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Table 3

Descriptives and Intercorrelations of Self-Compassion, Rumination, Avoidance and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients

	1	2	3	4	5	6	7	8	<i>M (SD)</i>
1. SCS	-								2.76 (.41)
2. RSQ-SYM	-.19*	-							2.70 (.54)
3. RSQ-SELF	-.16	.52**	-						2.42 (.49)
4. CBAS-T	-.30**	.38**	.25**	-					2.86 (.63)
5. CBAS-BS	-.27**	.25**	.28**	.84**	-				2.70 (.84)
6. CBAS-BN	-.32**	.39**	.35**	.84**	.62**	-			3.12 (.71)
7. CBAS-CS	-.16	.22**	.01	.80**	.57**	.52**	-		2.68 (.77)
8. CBAS-CN	-.23**	.38**	.20*	.80**	.51**	.63**	.53**	-	2.95 (.73)
9. BDI-II	-.23**	.40**	.17*	.36**	.37**	.28**	.20**	.34**	25.61 (9.04)

Notes. SCS = Self-Compassion total score, RSQ-SYM = Symptom-focused rumination, RSQ-SELF = Self-focused rumination, CBAS-T = Cognitive-Behavioral Avoidance total score, -BS = CBAS, Behavioral Social subscale, -BN = CBAS, Behavioral Nonsocial subscale, -CS = CBAS, Cognitive Social subscale, -CN = CBAS, Cognitive Nonsocial subscale, BDI-II = Beck Depression Inventory II.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 4

Summary of Mediation Analyses (1000 Bootstrap Samples)

	Independent variable (IV)	Mediating variable (M)	Dependent variable (DV)	Effect of IV on M (a)	Effect of M on DV (b)	Direct effect (c')	Indirect effect (ab)	Total effect (c)
1	Self-compassion	RSQ-SYM	Depression	-.22*	.28**	-.12	-.07 ^a	-.18**
2	Self-compassion	RSQ-SELF	Depression	-.19	.10	-.17*	-.02	-.18**
3	Self-compassion	CBAS-T	Depression	-.34**	.24**	-.11	-.08 ^a	-.19**
4	Self-compassion	CBAS-BS	Depression	-.31**	.24**	-.12	-.07 ^a	-.19**
5	Self-compassion	CBAS-BN	Depression	-.36**	.16**	-.13	-.06 ^a	-.19**
6	Self-Compassion	CBAS-CS	Depression	-.18	.12*	-.17*	-.02	-.19**
7	Self-Compassion	CBAS-CN	Depression	-.27**	.22**	-.13	-.06 ^a	-.19**

Notes. RSQ-SYM = Symptom-focused rumination, RSQ-SELF = Self-focused rumination, CBAS-T = Cognitive-Behavioral Avoidance total score, -BS = CBAS, Behavioral Social subscale, -BN = CBAS, Behavioral Nonsocial subscale, -CS = CBAS, Cognitive Social subscale, -CN = CBAS, Cognitive Nonsocial subscale.

^a Significant point estimate ($p < .05$).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

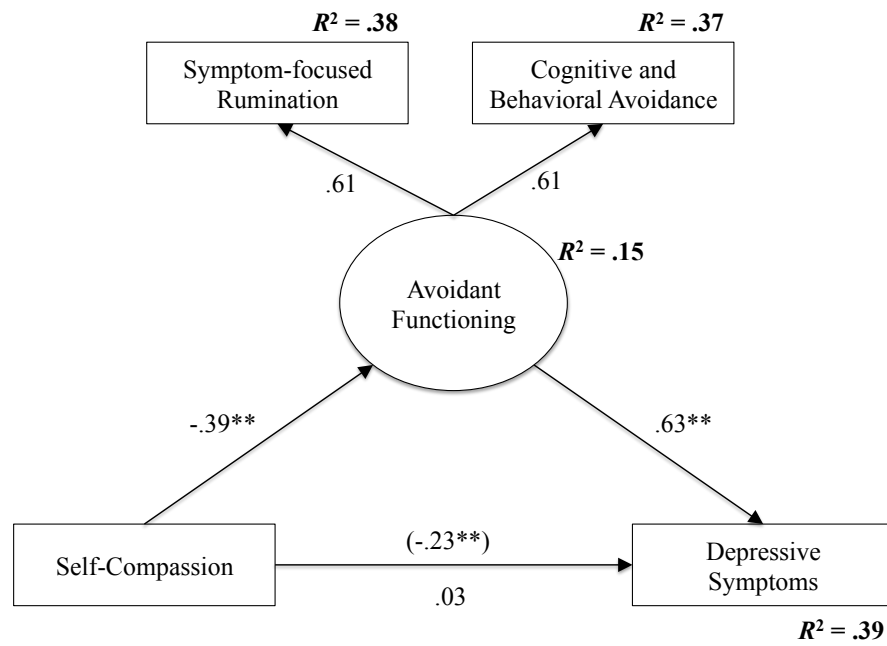


Figure 1. Direct and indirect standardized association between self-compassion, avoidant functioning and levels of depressive symptoms. Rectangles indicate measured variables and the circle represents a latent construct.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

2.3. Studie 3: *The influence of self-compassion and global self-esteem on daily affect and stress reactivity* [Der Einfluss von Self-Compassion und globalem Selbstwert auf den täglichen Affekt und die Stressreaktivität]

2.3.1. Ziel der Studie und Fragestellungen

In Kapitel 1 wurde auf den Unterschied zwischen Selbstwert und Self-Compassion eingegangen. Eine gerade erschienene Meta-Analyse zeigt auf, dass ein niedriger Selbstwert depressive Symptome vorhersagt (Sowislo & Orth, 2012). Es deutet aber auch einiges daraufhin, dass ein hoher Selbstwert (bzw. das Erreichen oder die Aufrechterhaltung dessen) Nachteile nach sich ziehen kann (Crocker & Park, 2004). In diesem Zusammenhang gibt Hinweise dafür, dass Self-Compassion als unproblematischere Alternative zu Selbstwert angesehen werden kann (Neff, 2011), da Self-Compassion z.B. nicht durch soziale Vergleiche hergestellt oder aufrechterhalten wird und weniger von externalen Faktoren abhängig ist. Bislang gibt es nur wenige Studien, welche die Einflüsse von Self-Compassion und Selbstwert auf das tägliche Leben untersuchen.

In Studie 3 wird deshalb in einem längsschnittlichen Design über 14 aufeinanderfolgende Tage auf der Grundlage von ambulantem Assessment⁹ untersucht, inwiefern Self-Compassion und Selbstwert mit Indizes von Affektausprägung und -instabilität sowie erlebtem Stress zusammenhängen. Zudem wird getestet, ob Self-Compassion und Selbstwert einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang von erlebtem Stress und Affekt haben.

2.3.2. Stichprobe

Eine Stichprobe von 105 Personen wurde mittels Flugblättern, Postern, Emails über Verteiler und Mund-zu-Mund Werbung aus der Allgemeinbevölkerung rekrutiert. Von der ursprünglichen Stichprobe wurden für die Analysen vier Personen aufgrund von technischen Problemen bei der Datenerhebung ausgeschlossen. Die endgültige Stichprobe besteht somit aus 101 Personen (21 Männer, 80 Frauen) und hat ein Durchschnittsalter von 28.5 Jahren ($SD = 12.2$).

⁹„*Ambulantes Assessment* ist der Oberbegriff für verschiedene diagnostische Verfahren, denen gemeinsam ist, dass sie das Verhalten und Erleben von Personen in ihrer natürlichen Umgebung unmittelbar oder mit minimaler Latenz erfassen.“ (Wilhelm & Perrez, 2008, S. 169)

2.3.3. Vorgehen und Datenanalyse

Nachdem die Teilnehmenden u.a. Fragebogen zu Selbstwert und Self-Compassion ausgefüllt hatten, beantworteten sie auf einem Smart Phone während 14 Tagen zweimal täglich (um 11 und 19 Uhr; mit einem Zeitfenster von drei Stunden) u.a. Fragen zu wahrgenommenem Stress, negativem Affekt (NA) und positivem Affekt (PA) seit der jeweils letzten Befragung.

Für den Zweck der vorliegenden Studie werden die folgenden Fragebogen ausgewertet: Self-Compassion Scale (Hupfeld & Ruffieux, 2011), Rosenberg Selbstwert-Skala (von Collani & Herzberg, 2003), eine Kurzform des PANAS (Mackinnon, Jorm, Christensen, Korten, Jacomb, & Rodgers, 1999) und eine Skala, die den wahrgenommenen Stress in acht Domänen seit dem letzten Beantwortungszeitpunkt erfragt. Für NA und PA werden zusätzlich zu den einzelnen Erhebungswerten jeweils aggregierte Werte (Mittelwerte innerhalb einer Person über die zwei Wochen) und Instabilitätsindizes (Standardabweichungen innerhalb einer Person über die zwei Wochen) berechnet.

Für die Datenanalyse werden einerseits (Partial-)Korrelationen sowie Multilevel-Analysen mit der Maximum-Likelihood-Schätzung berechnet. Um der Multilevel-Struktur der vorliegenden Daten gerecht zu werden, bilden wir ein Zwei-Ebenen-Modell mit Smartphone-Eingaben (Stress, PA, NA) über die Zeit auf Ebene 1 und Teilnehmer auf Ebene 2. Zuerst werden Intraklassen-Korrelationen berechnet, um die *between-subject* Variabilität der Level 1 Variablen (Stress, PA, NA) zu berechnen. Danach bilden wir Modelle zur Vorhersage der abhängigen Variablen NA und PA, bei denen wahrgenommener Stress über die zwei Wochen (Level 1) und Self-Compassion und Selbstwert (Level 2) als Prädiktoren eingefügt werden. Vorhergehend wurden Self-Compassion und Selbstwert am Gruppenmittelwert (*grand mean*) und wahrgenommener Stress am Personenmittelwert (*group mean*) zentriert. Die Modellbildung für die Vorhersage von NA und PA folgt einer sequentiellen Strategie, wobei zuerst zufällige Effekte (*random effects*) und danach fixierte Effekte (*fixed effects*) analysiert werden. In den jeweiligen Modellen zur Vorhersage von PA und NA wird für verschiedene Zeiteffekte (Werktag vs. Wochenendtag, Mittag vs. Abend), Alter und Geschlecht kontrolliert, wenn sich diese Effekte als mindestens marginal signifikant ($p < .10$) herausstellten.

Zur Testung der Hypothesen werden separate Modelle für NA und PA gebildet. Sowohl für die Vorhersage von NA als auch für die Vorhersage von PA werden drei separate Modelle mit den folgenden unabhängigen Variablen gebildet: (1) der Haupteffekt von Self-Compassion und die Cross-Level-Interaktion von Self-Compassion x Stress, (2) der Haupteffekt von Selbstwert und die Cross-Level-Interaktion von Selbstwert x Stress sowie (3) die Haupteffekte von Self-Compassion und Selbstwert und die Cross-Level-Interaktionen von

Self-Compassion x Stress und Selbstwert x Stress. Das dritte Modell dient der Untersuchung der spezifischen Varianzanteile von Self-Compassion und Selbstwert. Signifikante Interaktionen werden mittels *Simple-Slopes*-Tests eingehender untersucht.

2.3.4. Resultate

Die Resultate der (Partial-)Korrelationen zeigen in separaten Analysen für Self-Compassion und Selbstwert, dass sowohl Self-Compassion als auch Selbstwert signifikant negativ mit aggregierten Werten für NA und signifikant positiv mit aggregierten Werten für PA korrelierten. Zudem korreliert Self-Compassion signifikant negativ mit den Instabilitätsindizes für PA und NA, während Selbstwert nur negativ mit dem Instabilitätsindex für NA korreliert. Nach Kontrolle von Selbstwert bleiben diese Zusammenhänge für Self-Compassion bestehen, während Selbstwert nach Kontrolle von Self-Compassion nur noch mit aggregiertem NA signifikant korreliert.

In den Multilevel-Analysen zeigt sich, dass Self-Compassion sowohl NA als auch PA vorhersagt. Zudem ergibt sich ein signifikanter Moderationseffekt von Self-Compassion auf den Zusammenhang von Stress und NA, jedoch zeigt sich dieser Moderationseffekt nicht für PA. Die *Simple-Slopes*-Tests ergeben, dass Stress sowohl bei Personen mit einem tiefen als auch mit einem hohen Wert für Self-Compassion mit einer Erhöhung des NA assoziiert ist. Bei Personen mit einer tiefen Ausprägung von Self-Compassion ist der Anstieg jedoch signifikant grösser. Für Selbstwert zeigen sich weder im Modell zur Vorhersage von PA noch im Modell zur Vorhersage für NA signifikante Interaktionseffekte.

Im Modell, in dem beide Level-2-Prädiktoren simultan eingesetzt werden, blieb der Stress-Puffereffekt für Self-Compassion bei der Vorhersage von NA bestehen. Interessanterweise zeigt sich im Gegensatz zum ersten Modell, in dem Self-Compassion alleine eingefügt wird, zudem ein signifikanter Moderationseffekt für Self-Compassion auf den Zusammenhang von Stress und positivem Affekt, wenn gleichzeitig für die Interaktion von Selbstwert x Stress kontrolliert wird.

Insgesamt legen die Resultate der Studie also nahe, dass Personen, die mitfühlend mit sich selbst umgehen, in unmittelbarer Folge weniger negativen Affekt und mehr positiven Affekt erleben. Dies zeigt sich in drei Aspekten: 1) Self-Compassion sagt die Höhe des erlebten NA und PA voraus, 2) Self-Compassion hängt negativ mit Affektinstabilität zusammen und 3) Self-Compassion puffert den Effekt von erlebtem Stress auf den negativen Affekt. Zudem legt die Studie nahe, dass der positive Einfluss von Self-Compassion auf den Affekt unabhängig vom Selbstwert einer Person ist. Der globale Selbstwert hängt nach Kontrolle für Self-Compassion mit NA zusammen; hingegen zeigt sich kein Zusammenhang

mit Affektinstabilität sowie kein moderierender Effekt für den Zusammenhang von Stress und NA.

2.3.5. Manuskript

Running Head: SELF-COMPASSION DIARY STUDY

The Influence of Self-Compassion and Self-Esteem on Daily Affect and Stress Reactivity

Tobias Krieger, Helena Hermann, and Martin Grosse Holtforth

University of Zurich

Author Note

Tobias Krieger, Department of Psychology, University of Zurich; Helena Hermann, Department of Psychology, University of Zurich; Martin Grosse Holtforth, Department of Psychology, University of Zurich.

Helena Hermann is now at the Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich.

This research was supported in part by the Swiss National Science Foundation Grant PP00P1-123377/1 awarded to the last author. We thank all participants who participated in the research. Special thanks to Kathrin Kuepeli for her help in recruitment and data management.

Correspondence concerning this manuscript should be addressed to Tobias Krieger, Department of Psychology, University of Zurich, Binzmuehlestr. 14/19, 8050 Zurich, Switzerland. E-mail: tobias.krieger@psychologie.uzh.ch

Abstract

This study examined trait self-compassion and trait global self-esteem in relation to aspects of positive (PA) and negative affect (NA), as well as their effects on stress reactivity. One hundred and one non-clinical subjects completed questionnaires twice a day for 14 consecutive days by using a smart phone. The results indicated that self-compassion and global self-esteem were related to aggregated PA and NA, as well as to instability indexes of PA and NA. After controlling for self-compassion, global self-esteem was related only to aggregated NA, whereas, controlling for global self-esteem, self-compassion remained related to all indices of PA and NA. Multilevel analyses indicated that self-compassion buffered the effect of stress on NA, though global self-esteem did not. Neither self-compassion nor global self-esteem had a stress-buffering effect on PA. The results of the present study add to the growing literature regarding the positive effects of self-compassion on psychological health as well as the difference between self-compassion and global self-esteem.

Keywords: self-compassion, self-esteem, positive affect, negative affect, stress reactivity

The Influence of Self-Compassion and Self-Esteem on Daily Affect and Stress Reactivity

Improving one's attitude towards the self is one of the most common treatment goals of clients seeking help in psychotherapy and counseling (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). A positive attitude towards the self is often thought to be associated with high levels of self-esteem, and high self-esteem has repeatedly been linked to well-being and happiness. Furthermore, low levels of self-esteem have shown to predict depressive symptoms (Sowislo & Orth, 2012). However, there is evidence that suggests that global self-esteem might be an outcome rather than a cause of well-being, and it has been questioned whether boosting global self-esteem produces benefits for unhappy and distressed people (for review see Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). Along these lines, Crocker and Park (2004) argue in their review that, apart from some short-term advantages, the pursuit as well as the preservation of high global self-esteem may in the long run be associated with numerous serious downsides in domains such as interpersonal relationships, self-regulation, and mental health.

Recently, the concept of self-compassion, as well as its similarities and differences in relation to self-esteem, has frequently been discussed in social and clinical psychology (Neff, 2011). Whereas self-esteem is often achieved or maintained by comparison to others, self-compassion is defined as a self-attitude that involves an unconditional acceptance of the self, as well as a nonjudgmental attitude towards one's weaknesses and imperfections independent of evaluations of others. Neff (2003) has suggested that self-compassion consists of three dyadic elements: self-kindness versus self-judgment, common humanity versus isolation and mindfulness versus over-identification. Self-kindness entails being kind to oneself rather than being harshly judgmental or self-critical. Common humanity entails viewing one's (negative) experiences as a part of human experience and not viewing them as isolating or separating. Mindfulness entails allocating one's attention with a non-judgmental awareness.

Several studies have shown that self-compassion is related to positive (PA) and negative affect (NA) (e.g., Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007; Neff & Vonk, 2009; Phillips & Ferguson, 2012). Furthermore, it has been argued that self-compassion may play a role in self-regulation in regard to coping with stress. Neff (2003) suggests that self-compassion may be a useful emotion regulation strategy: A self-compassionate individual may

address difficult feelings by attending to them with an open and a kind attitude, as well as by acknowledging that he or she is not the only person in a similar situation. Accordingly, Allen and Leary (2010) conclude in a review that self-compassion may promote proactive ways of coping with negative events and stress that may help modifying related NA. In addition, several studies have shown that a self-compassionate attitude helps buffer the effect of stressful events such as homesickness (Terry, Leary, & Metha, 2012), divorce (Sbarra, Smith, & Mehl, 2012), or when being confronted with real, remembered, and imagined events (Leary et al., 2007). Self-compassion has been consistently associated with less avoidant coping behaviors (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Raes, 2010), as well as with greater skills for emotional coping (Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff et al., 2005). In sum, there is considerable evidence that the trait of self-compassion buffers emotional distress and promotes adaptive functioning. Hence, self-compassion may help an individual remain emotionally balanced when being confronted with stressful situations and may contribute to his or her emotional resilience.

Various theoretical and empirical studies have related self-compassion to global self-esteem (Neff, 2011). A positive view of the self when things go well is an obvious similarity between self-compassion and global self-esteem. However, there are important differences between the two concepts that are empirically evinced by the fact that self-compassion and global self-esteem have partly different correlates. For example, self-compassion seems equally important to healthy functioning as is self-esteem, but self-compassion seems associated with fewer disadvantages, such as ego-defensiveness, narcissism or unfavorable social comparisons (Leary et al., 2007). Moreover, self-compassion predicts variation in a variety of psychological variables above and beyond global self-esteem. For instance, after controlling for self-esteem, self-compassion is still negatively associated with rumination, anger, personalizing, and negative affect and remained uniquely, positively associated with equanimity, happiness, and optimism (for an overview see Barnard & Curry, 2011). Neff and Vonk (2009) have shown that self-compassion is associated with more non-contingent and stable feelings of self-worth than are trait levels of self-esteem over a period of eight months. Additionally, they have found that self-esteem and self-compassion are statistically equivalent predictors for trait PA. However, most of the studies investigating the relation of self-compassion and

self-esteem to PA and NA are based on cross-sectional assessments of these variables.

The current study

The current study had two major aims: First, we set out to examine how trait self-compassion and global self-esteem relate to daily NA and PA, the instability of NA and PA, and the perceived stress in daily life. Second, we examined whether levels of self-compassion and self-esteem moderate the effect of perceived stress on NA and PA. Based on previous research, we tested the following hypotheses: (a) Self-compassion and self-esteem will negatively correlate with aggregated NA and positively with aggregated PA, (b) self-compassion but not self-esteem will be negatively associated with instability in NA and instability in PA, and (c) contrary to self-esteem, self-compassion will moderate the relation of perceived stress to NA and PA. In addition, we explored the unique contributions of self-compassion and self-esteem to the prediction of NA and PA and their moderating between perceived stress and NA and PA.

Methods

Participants and Procedure

A sample of 105 non-clinical participants was recruited from the general population via flyers, posters, mailing list of the psychological department, and word of mouth among acquaintances of the authors. Of the initial sample, data of four participants were excluded due to technical assessment problems. The final sample included 101 participants (21 male, 80 female) and mean age was 28.5 years ($SD = 12.2$; range = 18-61 years). Sixty-eight (67%) participants were students. Education attainment was rather high in this sample, with 56% having at least a college degree and 31% having at least a university degree (B.A., M.A., or Ph.D.). Thirty-nine participants were single (39%), 53 participants were in a relationship (53%), and nine participants were married (9%).

The study was advertised as a diary study investigating the relationships between personality, stress, and well-being. If contacted via an email expressing interest in participating, a research assistant invited participants in groups up to eight people to the lab. During an introductory session, participants provided demographic information and completed a package of questionnaires including measures of self-compassion and self-esteem. Participants were instructed in handling the smart

phone, which prompted them acoustically twice a day (11 a.m. and 7 p.m.) to answer several questions including questions about perceived stress and affect. These technology-based assessments were collected for the following 14 days. If participants did not answer the request within three hours, the time point was treated as missing. Participants were equipped with *HTC Diamond Touch 2* smartphones, on which questionnaires were implemented using *mQuest* data entry software (cluetec GmbH, Karlsruhe, Germany). Upon completion of the study period, all participants took part in a raffle for one of eight gifts worth approximately US \$50 each. All subjects provided written informed consent before participating in any study procedures and were informed about the results of the study when data collection and analysis was finished.

Measures

Trait measures

Self-Compassion. Self-compassion was assessed with the Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003). The SCS is a 26-item self-report inventory that consists of six subscales: self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification. Participants answered each item on a 5-point Likert-scale from 1 (*I strongly disagree*) to 5 (*I strongly agree*). Higher order confirmatory factor analyses demonstrate that the single factor of self-compassion adequately explains the inter-correlations of the six subscales (Hupfeld & Ruffieux, 2011; Neff, 2003). The SCS has shown good factorial and construct validity, high internal consistency, and retest reliability (e.g., Hupfeld & Ruffieux, 2011; Neff, 2003). Cronbach's alpha for the total score in the present study was .85.

Self-esteem. Self-esteem was assessed using the 10-item Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965; von Collani & Herzberg, 2003). The RSES is the most commonly used, well-validated measure of global self-esteem. Responses were given on a 4-point Likert-scale ranging from 0 (*strongly disagree*) to 3 (*strongly agree*). Cronbach's alpha in the present study was .87.

Repeated measures

Positive and negative affect. PA and NA were assessed using the short-form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Mackinnon, Jorm, Christensen, Korten, Jacomb, & Rodgers,

1999). The PANAS consists of ten adjectives, five of which assess NA and the other five, PA. The PANAS has shown acceptable internal reliability, cross-cultural factorial invariance, and convergent and criterion-related validities (e.g., Thompson, 2007). In the present study, each item was preceded with the instruction, “How did you feel since the last assessment?” and participants rated each item on a 5-point Likert scale from 1 (*not at all or a little*) to 5 (*very much*). Cronbach’s alpha was .74 for NA and .76 for PA. Additionally, standard deviations of each participant’s repeated scores were used as measures of PA and NA instability.

Perceived stress. Perceived stress was assessed in eight different domains: (romantic partnership, family, friends, work/school/university, spare time/hobbies/sports, errands, financial affairs, physical health/well-being). For each domain, people answered to what extent they had experienced stress since the last assessment. Participants rated items on a Likert-scale with the endpoints of 0 (*not at all*) and 10 (*very much*). The mean level of perceived stress within the eight domains was used as a person’s total perceived-stress score since the last assessment. Cronbach’s alpha was .66.

Statistical procedures

For conducting multilevel analyses, we used the R statistical software (R Development Core Team, 2011), the multilevel modeling tool *nlme* (Pinheiro, Bates, DebRoy, Sarkar, & R Development Core Team, 2001), and maximum likelihood estimation. To meet the multilevel structure of the present data, we used a two-level model with entries at level 1 nested within participants at level 2 (Bolger, Davis, & Rafaeli, 2003; Peugh, 2010). First, we calculated interclass correlations (ICCs) to determine between-person variability of all level 1 variables. NA and PA, as assessed twice a day for two weeks, were the dependent variables. The primary predictors of NA and PA fluctuations were self-compassion, self-esteem (level 2), and perceived stress scores over the two weeks (level 1). Because self-compassion and self-esteem were used as between-subject predictors, these variables were centered at the grand mean. Perceived stress was treated as a within-subject variable and was centered at each participant’s mean (group mean centering) prior to the analyses. By using group mean centering, variation in stress scores reflects upward or downward fluctuations in the participant’s

current level of stress in comparison to his or her mean level of stress. This method of centering facilitates interpretation of the level 2 effects and cross-level interactions and reduces collinearity (e.g., Enders & Tofighi, 2007; Paccagnella, 2006).

Model specification followed a sequential strategy, which involved first examining random effects, and then examining fixed effects. Tests of relative model fit were based on ANOVAs for nested-models and the Bayesian information criterion (BIC) for non-nested models. First, we tested whether allowing the intercepts and slopes to vary across participants showed a better fit than would unconditional models. In models for both NA and PA, the inclusion of both types of random effects showed a significantly better fit compared to the unconditional models. These results indicated that there are individual intercepts for NA and PA as well as individual relationships between perceived stress and NA, and perceived stress and PA. Therefore, all subsequent model analyses included random effects for participants (random intercept; level 2) and for perceived stress (random slope; level 1). In addition, each model included a first-order autoregressive covariance parameter, which showed significantly better fitting models for predictors of NA and PA. Next, we analyzed whether time had an effect on NA and PA. For NA, there was no time effect, whereas there was a significant linear time effect on PA. However, controlling for weekend and daytime showed a better model fit than adding a linear time effect. Therefore, we controlled for these variables in models predicting PA. In the next step, preliminary models for age and gender as potential covariates for NA and PA were tested (Crawford & Henry, 2004). For reasons of parsimony, only fixed effects for covariates with $p < .10$ were included in subsequent models.

To test our hypotheses, we built separate models for the dependent variables NA and PA. For each NA and PA, three different models were tested with the following independent variables: (1) the main effect of *self-compassion* and the interaction of *self-compassion* x *stress*, (2) the main effect of *self-esteem* and the interaction of *self-esteem* x *stress*, and (3) both main effects of *self-compassion* and *self-esteem*, as well as both interaction effects *self-compassion* x *stress* and *self-esteem* x *stress*. The third model explored the unique contributions of each self-compassion and self-esteem. Significant interaction effects were further explored by calculating simple slopes for each level of the

independent variable, which were defined as one *SD* above or below the mean for high and low levels, respectively (see Preacher, Curran, & Bauer, 2006).

Results

Analyses are reported in four sections. First, we investigated the participants' response patterns. Second, we examined correlations between level-2 variables (self-compassion and self-esteem) and both aggregated values and instability indices of NA and PA and perceived stress. Third, we report the between- and within-person variance of the level-1 variables PA, NA, and perceived stress. Finally, using multilevel modeling we examined the within-person relations between perceived stress and NA, as well as between perceived stress and PA, investigating whether these relations vary as a function of self-compassion and/or global self-esteem.

Preliminary analyses

A total of 2408 valid participant responses were collected (completion rate of 85%). The mean amount of entries per person was 23.8 (*SD* = 3.7). Of all entries, 1733 (72%) were entered on a weekday (vs. weekend) and 1212 (50%) were entered at midday, i.e., 11 a. m. (vs. evening, i.e., 7 p. m.). People experienced significantly more PA on weekend days than on weekdays ($p = .005$), whereas there was no significant difference between NA experienced on weekdays and weekend-days ($p = .96$). Individual days did not differ significantly in participants' experience of PA nor NA; this was true for both weekdays ($ps > .75$) and weekend days ($ps > .30$). Participants reported significantly more PA in the evening than at midday ($p = .04$), whereas there was no significant difference for NA ($p = .37$).

Descriptive statistics and correlations

Table 1 presents the descriptive statistics and correlations of the variables of interest. As expected, the correlation between self-esteem and self-compassion was significant ($r = .69, p < .001$). Additionally, both self-compassion and self-esteem were independently and significantly correlated with aggregated and instability indices of PA and NA (apart from a non-significant correlation between self-esteem and instability of PA), as well as with perceived stress. To further differentiate self-compassion from global self-esteem (Neff, 2011), partial correlations were computed to assess

how self-compassion and self-esteem were related to aggregated and instability indexes of PA and NA and perceived stress, partitioning out the shared variance between self-compassion and self-esteem. The results indicated that self-compassion remained significantly correlated to aggregated NA ($r = -.23, p = .02$), aggregated PA ($r = .23, p = .02$), NA instability ($r = -.37, p < .001$) and PA instability ($r = -.31, p = .002$), but not to perceived stress ($r = -.08, p = .45$). When partitioning out the variance shared with self-compassion, self-esteem remained significantly associated with aggregated NA ($r = -.20, p = .04$) but was no longer significantly related to aggregated PA ($r = .01, p = .90$), NA instability ($r = -.01, p = .89$) and perceived stress ($r = -.15, p = .13$).

Insert Table 1 here

Between-person variability

We tested the appropriateness of multilevel modeling (MLM) using ICCs for every level 1 variable. The percentages of the variability in the different variables attributable to between- and within person influences showed individual differences in NA (41% between-person variance vs. 59% within-person variance), PA (37% between-person variance vs. 63% within-person variance), and stress (57% between-person variance vs. 43% within-person variance). These results suggest that the use of MLM is appropriate for the analysis of the present data (Peugh, 2010).

Multilevel analyses

Multilevel analyses focused on the influence of self-compassion and self-esteem on affective reactivity to fluctuations in perceived stress. Analyses are presented separately for NA and PA.

Stress reactivity regarding NA. Preliminary analyses of covariates indicated that there was no effect for gender or age (all $ps > .10$) on NA. Therefore, in subsequent analyses predicting NA, we did not control for these variables. As shown in Table 2, participants' perceived stress had a significant influence on NA. Whereas there was a significant moderating effect of self-compassion on the relation between perceived stress and NA, there was no significant moderating effect of self-

esteem in this relationship. A simple slopes test for the significant interaction between self-compassion and perceived stress revealed that among participants with low levels of self-compassion ($-1\ SD$) stress was negatively related to NA, $slope = .41$, $t(2305) = 9.88$, $p < .001$. However, among participants with high levels of self-compassion ($+1\ SD$), there was also a significant but weaker negative relation between stress and NA, $slope = .19$, $t(2305) = 4.60$, $p < .001$. After entering self-compassion and self-esteem and their respective interactions simultaneously, the results indicated that the main effects on NA for self-compassion, $b = -.21$, $SE = .09$, $p = .02$, and self-esteem, $b = -.21$, $SE = .11$, $p = .04$, as well as the interaction effect of self-compassion and stress, $b = -.17$, $SE = .06$, $p = .005$, remained significantly. In sum, separate as well as combined analyses showed that both self-compassion and self-esteem predicted levels of NA, whereas only self-compassion moderated the effect of perceived stress on NA.

 Insert Table 2 and Figure 1 here

Stress reactivity regarding PA. Preliminary analyses of covariates indicated that there were significant main effects for gender ($p < .01$) on PA but no significant main effects for age ($p > .10$). Therefore, in subsequent analyses we controlled only for the main effect of gender. Additionally, as discussed in the method section, we controlled for working day vs. weekend day as well as for midday vs. evening.

As shown in table 3, there was a significant main effect for self-compassion but no significant interaction effect for *self-compassion* x *stress*. Furthermore, there was neither a significant main effect for self-esteem nor was there a significant interaction effect of *self-esteem* x *stress*. However, when entering self-compassion and self-esteem and their respective interactions simultaneously, the results indicated that only self-compassion had a significant main effect on PA, $b = .25$, $SE = .11$, $p = .03$, whereas this was not the case for self-esteem, $b = -.07$, $SE = .13$, $p = .61$. With respect to stress reactivity, there was a significant interaction of self-compassion and stress, $b = .15$, $SE = .07$, $p = .03$ but no significant interaction of self-esteem and stress, $b = -.14$, $SE = .09$, $p = .10$. Simple slope tests

for the significant interaction of self-compassion and stress controlling for levels of self-esteem revealed that for people with high self-compassion (+1 *SD*) stress was not related to PA, *slope* = .00, $t(2302) = .01$, $p = .99$, whereas for people low in self-compassion (-1 *SD*) stress was significantly negatively related to PA, *slope* = -.31, $t(2302) = -4.01$, $p < .001$. In sum, only self-compassion predicted PA, whereas in separate analyses neither self-compassion nor self-esteem moderated the effect of perceived stress on PA. Nevertheless, in a combined model, self-compassion moderated the effect of perceived stress on PA controlling for the moderating effect of self-esteem.

Insert Table 3 here

Discussion

The current study investigated the effects of trait self-compassion and trait global self-esteem on daily NA and PA, as well as on perceived stress. We analyzed self-compassion and self-esteem as well as indices of affect and perceived stress assessed over a 14-day interval. We analyzed these data with correlational and multilevel analyses, accounting for the between-person variability of the relationship between perceived stress and affect. As expected, the results of separate analyses for self-compassion and self-esteem indicated that higher levels of self-compassion were associated with less NA, more PA, more stable NA and PA, as well as with less perceived stress in daily life. These results add to the existing literature on the positive effects of self-compassion on daily well-being (Leary et al., 2007). Likewise, the present study showed that higher levels of self-esteem are also associated with less NA, more PA, more stable NA, and less perceived stress in daily life. Furthermore, the results indicate that higher levels of self-compassion are related to smaller increases in NA in the face of subjectively high levels of perceived stress, whereas there was no such buffering effect with respect to PA. Self-esteem provided no buffer effect for either PA or NA.

Aiming at further distinguishing the unique contributions of self-compassion and self-esteem to subjective well-being in everyday life (e.g., Leary et al., 2007; Neff, Kirkpatrick, et al., 2007; Neff & Vonk, 2009), we conducted analyses that controlled for the effects of the shared variance between

the two constructs. Interestingly, the results indicated that both self-compassion and self-esteem independently predicted NA, but that only self-compassion predicted PA. Additionally, only self-compassion was (negatively) associated with instability indices of NA and PA and buffered the effect of perceived stress on NA. These results are in line with the notion that self-compassion may help people preserve their emotional balance, especially when being faced with stressful events.

With regard to levels of affect, our findings that self-compassion is associated with PA as well as NA mirror previous cross-sectional findings (e.g., Neff, Rude, et al., 2007). However, unlike self-compassion, self-esteem is not predictive of PA in daily life in our analyses. This result is somewhat inconsistent with Neff and Vonk's (2009) finding that trait PA is similarly associated with both self-compassion and self-esteem.

In light of other recent results, as well as theoretical considerations, the result that self-compassion seems to affect NA and PA may suggest some clinical implications. Krieger et al. (resubmitted) found that depressive clients lack self-compassion. In addition, changes in self-compassion in remitted depressives predicted fewer depressive symptoms at 15-months follow-up (Kuyken et al., 2010). Furthermore, the tripartite theory of depression by Watson, Clark, and Carey (1988) assumes that both PA and NA are reduced in depression. Considering the results of the present study, one may hypothesize that fostering self-compassion in depressed clients may favorably affect both NA and PA. If future research consolidates these findings, interventions fostering self-compassion may deserve a more prominent role in the treatment of depressive clients (e.g. Gilbert, 2010).

Contrary to our predictions, self-compassion did not moderate the relation between perceived stress and PA. This suggests that self-compassion may not provide an individual with an impenetrable armor against the deleterious impact of stress on PA. Nevertheless, self-compassion may better equip an individual to cope with stress (Allen & Leary, 2010). Interestingly, however, self-compassion did have a moderating effect on PA when self-esteem was partitioned out. This finding raises a question about the unique moderating contribution of self-compassion to PA. However, to avoid over-interpreting this finding in the present study, a replication of this finding is needed.

Overall, the results of the present study add to the existing literature that shows that self-compassion is not redundant with self-esteem. Even more so, the present results suggest that self-compassion has an impact on people's everyday well-being and their responses to perceived stress, above and beyond their level of global self-esteem.

Limitations

Several limitations have to be acknowledged. First, the present study only encompasses a short interval of 14 days, and studies are needed to investigate the long-term effects of trait self-compassion. Second, we assessed subjective perceived stress with a relatively face-valid measure. Although we deem such a rather idiographic approach important, future studies should also more objectively assess daily negative hassles. Third, due to the concurrent and time-based assessment of affect and perceived stress in the present study, we could not ascertain the direction of causality among variables of affect and stress, and it is possible that affect influenced the reports of perceived stress or vice versa. Future studies might be well advised to randomly assess perceived stress, PA and NA several times a day. Finally, the present results are based on a non-clinical rather highly educated sample, and their generalizability to other samples such as high risk or clinical populations needs to be explored. However, the present study has some noteworthy strengths. For instance, to our knowledge it is the first study to employ multilevel modeling to examine the effects of self-compassion and self-esteem on PA, NA, and stress reactivity using an ecologically valid approach using smart phones aimed to reduce memory biases.

Clinical implications and conclusions

Apart from studies that have supported self-compassion as a trait construct (e.g., Raes, 2011), there are studies that generally demonstrate that a more self-compassionate attitude can be induced in the short term (e.g., Breines & Chen, 2012; Leary et al., 2007). Furthermore, a growing body of research shows that self-compassion is amenable to specific self-compassion interventions (Gilbert & Irons, 2004; Kelly, Zuroff, & Shapira, 2009; Neff & Germer, 2012), mindfulness-based interventions (Kuyken et al., 2010; Robins, Keng, Ekblad, & Brantley, 2012), as well as emotion-focused interventions (Neff, Kirkpatrick, et al., 2007; Shahar, Carlin, Engle, Hegde, Szepeswol, & Arkowitz,

2012) in clinical and non-clinical samples. The encouraging results of these previous studies and the results of the present study suggest that it may be advisable to enhance a self-compassionate attitude in clients entering counseling and/or psychotherapy to reduce stress reactivity and foster well-being. Furthermore, the results of the present study suggest that it might be helpful to specifically cultivate self-compassion, rather than a more global and abstract sense of self-esteem, in clinical settings. Supporting this conclusion, it has been suggested that raising self-compassion may be easier, i.e., more concrete, and associated with fewer downsides than raising global self-esteem (e.g., Leary et al., 2007; Neff, 2003). Given that a more positive attitude towards the self is a common concern in counseling and clinical psychology, helping clients to enhance their self-compassion has the potential to be a promising venue given the positive effects it has on subjective daily well-being.

References

- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118. doi: 10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi: 10.1037/a0025754
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44. doi: 10.1111/1529-1006.01431
- Bolger, N., Davis, A., & Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 579-616. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145030
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133-1143. doi: 10.1177/0146167212445599
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245-265. doi: 10.1348/0144665031752934
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*; *Psychological Bulletin*, 130(3), 392-414. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.392
- Enders, C. K., & Tofighi, D. (2007). Centering predictor variables in cross-sectional multilevel models: A new look at an old issue. *Psychological Methods*, 12(2), 121-138. doi: 10.1037/1082-989X.12.2.121
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.97
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516. doi: 10.1080/09658210444000115

- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals (BIT): Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research*, 12(1), 79-99. doi: 10.1080/713869618
- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115-123. doi: 10.1026/1616-3443/a000088
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301-313. doi: 10.1007/s10608-008-9202-1
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., et al. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1105-1112. doi: 10.1016/j.brat.2010.08.003
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Mackinnon, A., Jorm, A. F., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (1999). A short form of the Positive and Negative Affect Schedule: Evaluation of factorial validity and invariance across demographic variables in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 27(3), 405-416. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00251-7
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97. doi: 10.1007/s11031-008-9119-8
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035

- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi: 10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & DeJitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287. doi: 10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916. doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Paccagnella, O. (2006). Centering or not centering in multilevel models? The role of the group mean and the assessment of group effects. *Evaluation Review*, 30(1), 66-85. doi: 10.1177/0193841X05275649
- Peugh, J. L. (2010). A practical guide to multilevel modeling. *Journal of School Psychology*, 48(1), 85-112. doi: 10.1016/j.jsp.2009.09.002
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2012). Self-compassion: A resource for positive aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. doi: 10.1093/geronb/gbs091
- Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., & R Development Core Team. (2001). nlme: Linear and nonlinear mixed effects models (Version 3.1-103).

- Preacher, K. J., Curran, P. J., & Bauer, D. J. (2006). Computational tools for probing interactions in multiple linear regression, multilevel modeling, and latent curve analysis. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 31(4), 437-448. doi: 10.3102/10769986031004437
- R Development Core Team. (2011). *R Foundation for Statistical Computing*. Vienna, Austria.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761. doi: 10.1016/j.paid.2010.01.023
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36. doi: 10.1007/s12671-011-0040-y
- Robins, C. J., Keng, S. L., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 117-131. doi: 10.1002/jclp.20857
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehl, M. R. (2012). When leaving your ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23(3), 261-269. doi: 10.1177/0956797611429466
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 496-507. doi: 10.1002/cpp.762
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2012). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. Advance online publication. doi: 10.1037/a0028931
- Terry, M. L., Leary, M. R., & Metha, S. (2012). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*, 1-13. doi: 10.1080/15298868.2012.667913

- Thompson, E. R. (2007). Development and validation of an internationally reliable short-form of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38(2), 227-242. doi: 10.1177/0022022106297301
- von Collani, G., & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 3-7. doi: 10.1024//0170-1789.24.1.3
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353. doi: 10.1037/0021-843X.97.3.346

Table 1

Intercorrelations, Means, and Standard Deviations of Measures of Self-Compassion, Self-Esteem, Aggregated and Instability Indexes of Negative and Positive Affect, and Perceived Stress

	1	2	3	4	5	6	<i>M (SD)</i>
1. Self-Compassion	-						3.23 (.55)
2. Self-Esteem	.69**	-					2.40 (.47)
3. NA (aggregated)	-.46**	-.45**	-				1.55 (.41)
4. NA instability	-.49**	-.35**	.68**	-			.43 (.21)
5. PA (aggregated)	.32**	.23*	-.35**	-.40**	-		3.00 (.48)
6. PA instability	-.29**	-.11	.23*	.38**	-.24*		.57 (.18)
7. Stress (aggregated)	-.24*	-.27**	.59**	.35**	-.21*	.04	1.34 (.84)

Notes. $N = 101$. NA = negative affect. PA = positive affect.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 2

Estimates of Fixed Effects of Multilevel Models for Perceived Stress Predicting Negative Affect and the Moderating Effects of Self-Compassion and Self-Esteem

	<i>B</i>	<i>SE</i>	95%- <i>CI</i>
A. Self-compassion x stress model → NA			
Intercept	1.561***	0.036	1.490 – 1.632
Stress	0.300***	0.023	0.255 – 0.346
SCS	-0.343***	0.066	-0.473 – -0.212
SCS x Stress	-0.132**	0.043	-0.215 – -0.048
B. Self-esteem x stress model → NA			
Intercept	1.558***	0.037	1.487 – 1.630
Stress	0.300***	0.024	0.253 – 0.347
RSES	-0.391***	0.078	-0.545 – -0.237
RSES x Stress	-0.080	0.052	-0.181 – 0.022

Notes. NA = Negative affect. SCS = Self-compassion. RSES = Self-esteem. 95%-*CI* = lower and upper bound within a 95% confidence interval.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Table 3

Estimates of Fixed Effects of Multilevel Models for Perceived Stress Predicting Positive Affect and the Moderating Effects of Self-Compassion and Self-Esteem

	<i>B</i>	<i>SE</i>	95%- <i>CI</i>
C. Self-compassion x stress model → PA			
Intercept	2.885***	0.051	2.786 – 2.984
Stress	-0.152**	0.028	-0.208 – -0.097
Daytime	0.049*	0.022	0.004 – 0.093
Weekend	0.079**	0.029	0.022 – 0.134
Gender	0.291**	0.108	0.077 – 0.504
SCS	0.215*	0.082	0.052 – 0.378
SCS x Stress	0.070	0.051	-0.030 – 0.170
D. Self-esteem x stress model → PA			
Intercept	2.880***	0.052	2.778 – 2.982
Stress	-0.154***	0.028	-0.210 – -0.099
Daytime	0.049*	0.022	0.005 – 0.093
Weekend	0.077**	0.029	0.021 – 0.133
Gender	0.327**	0.115	0.099 – 0.556
RSES	0.131	0.101	-0.070 – 0.332
RSES x Stress	-0.011	0.061	-0.130 – 0.109

Notes. PA = Positive affect, SCS = Self-compassion, RSES = Self-esteem. For Daytime, 0 = midday, 1 = evening. For Weekend, 0 = Working day, 1 = Weekend day. For gender, 0 = female, 1 = male. 95%-CI = lower and upper bound within a 95% confidence interval.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

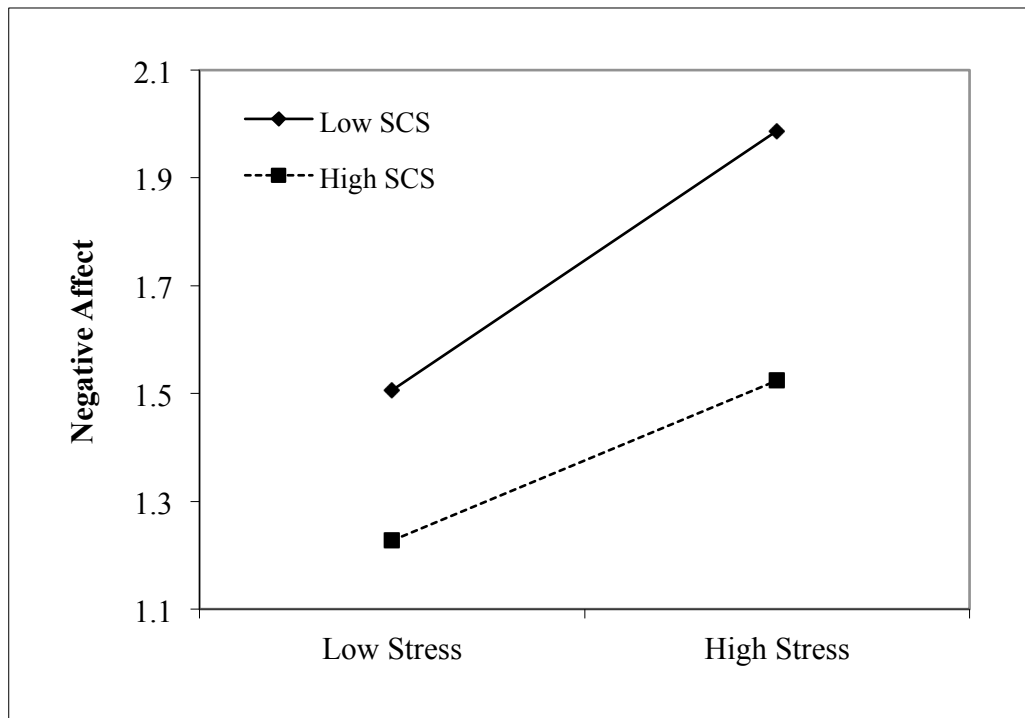


Figure 1. Relation between person-mean centered perceived stress (± 1 SD) and negative affect as a function of self-compassion (SCS).

3. Allgemeine Diskussion und Schlussfolgerungen

In der Einleitung der vorliegenden Arbeit wurde dargelegt, dass Selbstkritik und Abhängigkeit persönlichkeitsnahe Vulnerabilitätsfaktoren darstellen, die das Auftreten von Depressionen oder depressiven Symptomen begünstigen. Verschiedene Therapiestudien weisen zudem darauf hin, dass besonders selbstkritische depressive Personen nicht in gleichem Ausmass von einer Depressionstherapie profitieren können. Dies deutet daraufhin, dass stark selbstkritische (und nach gewissen Studien auch stark abhängige) Personen in zweifacher Hinsicht Nachteile zu haben scheinen: a) sie sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, an einer Depression zu erkranken (siehe Kapitel 1.5.) und b) gibt es Hinweise darauf, dass sie in geringerem Masse von einer Therapie profitieren (siehe Kapitel 1.6.). Zudem häufen sich Hinweise, dass Selbstkritik nicht nur im Zusammenhang mit Depressionen, sondern auch bei anderen Störungen eine wichtige Rolle zu spielen scheint. Aus diesen Gründen scheint es geboten, zur Erfassung von Selbstkritik und Abhängigkeit im deutschsprachigen Raum eine Kurzform für den DEQ zu validieren.

In *Studie 1* wird eine Kurzform zur Erfassung von Selbstkritik und Abhängigkeit (TDEQ-12) aufgrund psychometrischer Kriterien sowie theoretischer und praktischer Überlegungen ausgewählt. Zusammengefasst lassen sich in Studie 1 in sechs verschiedenen Stichproben Hinweise sowohl für die Reliabilität (interne Konsistenz, Retest-Reliabilität) als auch für die Validität (Kriteriumsvalidität, inkrementelle Validität, differenzielle Validität) des TDEQ-12 finden. Unsere Auswahl des TDEQ-12 als beste Kurzversion des DEQ steht im Widerspruch zur Empfehlung von Desmet et al. (2007). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Vorgehen von Desmet und Kollegen unseres Erachtens einige methodische Schwächen aufweist (z.B. Entscheidung für eine Kurzform aufgrund von ipsatierten Rohwerten, Schätzmethode), von denen wir einige in der vorliegenden Studie behoben haben. Dennoch sind beim zukünftigen Einsatz des TDEQ-12 einige Dinge zu beachten. Zum Beispiel scheint eine Kontrolle für die jeweils andere Skala die Kriteriumsvalidität vor allem in Bezug auf die Abhängigkeitsskala zu steigern. Interessant an diesem Vorgehen ist zudem, dass dadurch genau die Unabhängigkeit (Orthogonalität) der beiden Faktoren erreicht wird, die von Blatt und Zuroff (z.B. Blatt & Zuroff, 1992) postuliert wird, und welche in der Originalversion versucht wird, mittels einer Faktorgewichtung aller Items herzustellen.

Es bleibt festzuhalten, dass in allen Reanalysen des TDCRP-Datensatzes zu Persönlichkeitsprädispositionen die SC-Perf-Skala der DAS als Operationalisierung von Selbstkritik interpretiert worden ist (Blatt et al., 2010b). In Studie 1 zeigt sich in diesem Zusammenhang, dass Selbstkritik erfasst mit dem TDEQ-12 stärker mit Selbstkritik der Originalskala des DEQ assoziiert ist als die Subskala SC-Perf der DAS. Dieses Resultat spricht dafür, dass die Skala Selbstkritik des TDEQ-12 das Konstrukt Selbstkritik besser

abbildet als die Skala SC-Perf der DAS. Gleichwohl werden weitere Studien benötigt, welche die Validität des TDEQ-12 weiter bestätigen. Obwohl im Vergleich zur Originalversion die Kurzform auch Nachteile aufweist (mittelhohe Interkorrelation der Skalen, keine Erfassung von Subskalen von Abhängigkeit), zeigt sich in den verschiedenen Stichproben, dass Selbstkritik und Abhängigkeit mit einer validen und reliablen deutschen Kurzversion erfasst werden können.

Ein weiteres wichtiges Resultat der Studie 1 besteht darin, dass Selbstkritik bei depressiven Patienten insgesamt erhöht ist, auch nachdem für depressive Symptome kontrolliert wird. Dies deutet daraufhin, dass Selbstkritik ein breiteres Vulnerabilitätskonstrukt als Abhängigkeit darstellt (Zuroff et al., 2004) und als transdiagnostischer pathologischer Prozess angesehen werden kann (z.B. B. Shahar et al., 2012). Studie 1 legt zudem nahe, dass Selbstkritik (und auch Abhängigkeit) nicht deckungsgleich mit Neurotizismus ist, sondern zusätzliche Varianz in Bezug auf depressive Symptome erklärt. Dieses Resultat steht in Einklang mit Studienresultaten, die zeigen, dass die Vorhersagekraft von Selbstkritik in Bezug auf depressive Symptome und negativen Affekt über diejenige von Neurotizismus hinausgeht (z.B. Dunkley et al., 2009; Kopala-Sibley et al., 2012). Nach Beutler (2010) sollten zukünftige Therapiestudien verschiedene Persönlichkeitsvariablen für die Erforschung der differenziellen Wirksamkeit von bestehenden psychotherapeutischen Behandlungen berücksichtigen. Vor allem diesbezüglich ist es aus Patientenperspektive wünschenswert, eine valide Kurzform für die Erfassung von Selbstkritik und Abhängigkeit zur Verfügung zu haben. In Zukunft sollte in diesem Zusammenhang in weiterer theorieübergreifender Forschung untersucht werden, inwiefern die beiden übergeordneten intrapsychischen Konstrukte *self-definition (agency)* und *interpersonal relatedness (communion)* integriert werden können (vgl. z.B. Blatt & Luyten, 2010; Bonanno & Castonguay, 1994).

Obwohl Patientenvariablen unterschiedliche Verläufe von Psychotherapien vorherzusagen vermögen (vgl. z.B. Stulz, Thase, Klein, Manber, & Crits-Christoph, 2010), scheint es wichtig, in der Therapieforschung in Zukunft nicht ausschliesslich darauf zu fokussieren. In letzter Zeit ist die Therapeutenvariable wieder vermehrt in den Fokus der Psychotherapieforschung gerückt, und verschiedene Studien deuten daraufhin, dass die Person des Therapeuten wahrscheinlich ein mindestens ebenso wichtiger Faktor darstellt wie die Behandlungsmethode oder Patientenvariablen (vgl. z.B. De Bolle, De Fruyt, Quilty, Rolland, Decuyper, & Bagby, 2011; Del Re, Horvath, Flückiger, Symonds, & Wampold, 2012). Gleichwohl fehlt es bislang an Therapiestudien mit genügend statistischer Power, um Interaktionen zwischen spezifischen Patientenvariablen und Therapeuten untersuchen zu können. In diesem Zusammenhang vermuten Del Re und Kollegen (2012), dass gewisse Therapeuten mit allen Patienten bessere Therapieergebnisse erzielen können, während andere Therapeuten in Abhängigkeit von Patientencharakteristika eine grössere Varianz in

Bezug auf das Therapieergebnis erzielen. Zukünftige Studien sollten darauf abzielen, die Interaktion zwischen Therapeuten- und Patientenvariablen genauer zu untersuchen.

Die Resultate der *Studie 2* legen nahe, dass es depressiven Personen an Self-Compassion mangelt, was mitverantwortlich dafür sein kann, dass Personen unter einer Depression leiden. Depressive zeigen signifikant tiefere Werte für Self-Compassion. Dieser Unterschied ist auch nach Kontrolle für depressive Symptome signifikant. Es fällt besonders auf, dass sich Depressive von nicht-depressiven Personen nicht nur in Bezug auf negative Komponenten, sondern auch in Bezug auf positive Komponenten von Self-Compassion unterscheiden. Des Weiteren zeigte sich, dass eine höhere Ausprägung an Self-Compassion bei Depressiven mit weniger vermeidendem Funktionieren (symptombezogene Rumination, Vermeidungsgedanken und -verhalten) einhergeht und über vermeidendes Funktionieren der Zusammenhang zwischen Self-Compassion und depressiven Symptomen erklärt wird. Der gefundene Zusammenhang in Studie 2, wonach höhere Werte für Self-Compassion mit einem weniger vermeidungsorientierten Funktionieren einhergehen, repliziert in einer depressiven Stichprobe Befunde anderer Studien in nicht-klinischen Stichproben (vgl. die Übersicht von Allen & Leary, 2010).

Wie in Kapitel 1 dargestellt, sind Depressionen häufig eine wiederkehrende Erkrankung. Der oben beschriebene Zusammenhang von Self-Compassion und Vermeidungsverhalten scheint hier relevant, da Backs-Dermott und Kollegen (Backs-Dermott et al., 2010) zeigen können, dass depressive Rückfälle mit vermeidendem Verhalten assoziiert sind. Es lässt sich vermuten, dass durch eine Steigerung von Self-Compassion bei depressiven Personen, sich diese weniger vermeidungsorientiert verhalten und dadurch depressive Rückfälle reduziert werden können. Eine Studie von Kuyken und Kollegen (2010) legt nahe, dass auch beim Depressionsrückfallprophylaxe-Programm *Mindfulness-based cognitive Therapy for Depression* (MBCT) Self-Compassion gesteigert wird. Zudem zeigt diese Studie, dass das Ausmass der Veränderung von Self-Compassion bei teilremittierten depressiven Personen depressive Symptome nach 15 Monaten vorhersagen kann. Jedoch finden die Autoren in dieser Studie auch, dass die Veränderung von Self-Compassion nicht depressive Rückfälle vorhersagt, und dass die Veränderung von Self-Compassion zunächst rätselhafterweise nicht unabhängig von der Bedingung (MBCT vs. antidepressive Medikation) depressiven Symptome nach 15 Monaten erklärt. Zukünftige Studien sollten untersuchen, ob Programme, die explizit auf die Steigerung von Self-Compassion ausgerichtet sind (z.B. Neff & Germer, 2012), diesbezüglich klarere Ergebnisse zu Tage fördern, und ob der längsschnittliche Zusammenhang der Veränderung von Self-Compassion mit depressiven Symptomen über eine Reduktion von vermeidendem Funktionieren erklärt wird.

Ferner gilt es zu beachten, dass die Forschung zu Self-Compassion v.a. im klinischen Setting noch in den Kinderschuhen steckt. So stehen beispielsweise zusätzliche Hinweise aus prospektiven Studien aus, die aufzeigen, dass eine Veränderung von Self-Compassion einer Veränderung von depressiven Symptomen vorausgeht, wie dies in Bezug auf Selbstwert schon geschehen ist (vgl. Sowislo & Orth, 2012). Zudem sind Replikationen der Resultate der Studie 2 in längsschnittlichen Studien nötig, die zeigen, dass Vermeidungsverhalten durch Self-Compassion prospektiv vorhergesagt wird, resp. dass der Zusammenhang zwischen Self-Compassion und depressiven Symptomen dadurch prospektiv erklärt wird (vgl. in Bezug auf Selbstwert Kuster, Orth, & Meier, 2012).

Die Ergebnisse der *Studie 3* zeigen auf, dass Self-Compassion offenbar einen positiven Einfluss auf den Affekt im Alltag hat. So zeigen Personen mit einem hohen Wert für Self-Compassion im Alltag mehr positiven Affekt und weniger negativen Affekt. Ausserdem zeigt sich, dass Self-Compassion negativ mit Affektinstabilität assoziiert ist. Diese positiven Zusammenhänge mit zukünftigem Affekt bleiben auch dann bestehen, wenn für die Höhe des Selbstwerts kontrolliert wird. Ferner zeigt sich, dass Self-Compassion einen Stresspuffer-Effekt hat, und zwar insofern, als dass bei Personen mit hohen Werten an Self-Compassion unter Stress der negative Affekt weniger stark ansteigt als bei Personen mit niedrigen Self-Compassion-Werten. Dieser Stresspuffer-Wirkung ist wohl dafür mitverantwortlich, dass Self-Compassion einhergeht mit einem stabileren positiven als auch einem stabileren negativen Affekt. Die Resultate der Studie 3 stehen im Einklang mit den Resultaten früherer Studien, welche die positiven Effekte von Self-Compassion für das Erleben im Alltag aufzeigen (Leary et al., 2007). Des Weiteren zeigt die vorliegende Studie, dass Self-Compassion und globaler Selbstwert vermutlich einen unterschiedlichen Einfluss haben (vgl. auch Neff & Vonk, 2009). Besonders bemerkenswert ist, dass Self-Compassion, im Gegensatz zu globalem Selbstwert, zusätzlich zu einem vermutlichen Einfluss auf den negativen Affekt auch einen Einfluss auf den positiven Affekt und auf die Stabilität von positivem und negativem Affekt im Alltag zu haben scheint. Dies scheint insofern interessant, als dass positive Affekte und deren Regulation in Zusammenhang mit Stimmungsstörungen mehrheitlich vernachlässigt wurden (Carl, Soskin, Kerns, & Barlow, 2013). Diesbezüglich ist es wichtig, dass die Resultate der Studie 3 in klinischen Stichproben repliziert werden.

Eine bessere Einstellung gegenüber sich selbst ist eines der häufigsten Patientenziele in der Psychotherapie (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Studie 2 liefert Hinweise darauf, dass insbesondere depressive Patienten von einer Steigerung von Self-Compassion profitieren könnten. Zudem liefert Studie 3 zusätzlich zu bereits bekannten Unterschieden von globalem Selbstwert und Self-Compassion (Neff, 2011) Hinweise darauf, dass die Erhöhung von Self-Compassion erstrebenswerter scheint als die Erhöhung des globalen Selbstwerts. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der unerwünschten Nebenwirkungen, welche das

Streben nach einem höheren Selbstwert oder die Aufrechterhaltung eines hohen Selbstwertes mit sich bringen kann (Crocker & Park, 2004). Solche Nebenwirkungen sind in Bezug auf Self-Compassion nicht zu erwarten, da der Umgang mit sich selbst im Vordergrund steht und nicht beispielsweise der Vergleich eigener Leistungen mit denjenigen anderer Personen. Gleichwohl sollte zukünftige Forschung auch untersuchen, ob nicht auch die Steigerung von Self-Compassion mit negativen Konsequenzen verbunden sein kann (Leary et al., 2007). Es ist zu beachten, dass Selbstwert und Self-Compassion nie ganz voneinander getrennt werden können, da anzunehmen ist, dass Personen mit hohen Self-Compassion-Werten auch hohe Werte bezüglich Selbstwert aufweisen. Nichtsdestotrotz gibt es Hinweise darauf, dass ein hoher expliziter Selbstwert nicht gezwungenermaßen adaptiv sein muss, beispielsweise wenn der Selbstwert instabil ist oder mit einem tiefen impliziten Selbstwert einhergeht (zur Übersicht siehe Zeigler-Hill, 2011). Insofern postulieren Neff und Vonk (2009), dass Self-Compassion auch als Annäherung an einen authentischen oder „optimalen“ Selbstwert sensu Kernis (2003) betrachtet werden kann. Um diese Hypothese zu prüfen, bedarf es jedoch mehr Forschung, die aufzeigt, dass Self-Compassion-Werte auch unter Stress stabil bleiben. Beispielsweise wäre es denkbar, experimentell zu untersuchen, ob Self-Compassion-Werte auch unter Belastungsaufgaben (z.B. negative Stimmungsinduktion) relativ konstant bleiben. Insgesamt liefern die Studien 2 und 3 Hinweise, dass Self-Compassion als Resilienzfaktor betrachtet werden kann, welcher unter der Annahme eines Diathese-Stress-Modells der Depression (vgl. Kapitel 1.4.), dazu beitragen kann, depressive Episoden zu verkürzen bzw. das Rückfallrisiko zu reduzieren.

Ein selbstkritischer Persönlichkeitsstil scheint nicht nur mit der Tendenz einherzugehen, sich selbst gegenüber sehr kritisch und überanspruchsvoll zu sein, sondern auch mit einer Unfähigkeit, diesen häufigen Angriffen standzuhalten oder sie abzufedern (Whelton & Greenberg, 2005). Dies legt den Schluss nahe, dass insbesondere stark selbstkritische Personen von Interventionen profitieren könnten, die darauf abzielen, Self-Compassion zu verbessern. Bisherige Studien, welche die differentielle Wirkung solcher Interventionen bei selbstkritischen Personen untersucht haben, liefern gemischte Resultate (Kelly, Zuroff, & Shapira, 2009; Shapira & Mongrain, 2010). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass in beiden Studien die entsprechenden Interventionen sehr kurz und nach kurzer Instruktion selbstangeleitet gewesen sind. Aufgrund der obigen Überlegung könnte es sein, dass durch diese Interventionen nur Inhalte und nicht Prozesse der Self-Compassion bearbeitet worden sind. Ein vorstellbares Szenarium ist beispielsweise, dass stark selbstkritische Personen beim Versuch, mehr Self-Compassion gegenüber sich selbst zu zeigen, Schwierigkeiten haben (vgl. Pauley & McPherson, 2010) und aufgrund dieses „Misserfolges“ noch selbstkritischer geworden sind. Um solche potentiellen Teufelskreise zu markieren und zu

unterbrechen, scheint es deshalb wichtig, dass die Interventionen zur Steigerung von Self-Compassion von dafür ausgebildeten Therapeuten begleitet werden.

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch das Resultat einer kürzlich erschienenen Studie von Cheavens, Strunk, Lazarus und Goldstein (2012). In dieser randomisiert-kontrollierten Studie zeigt sich, dass kognitive Verhaltenstherapien, in welchen Defizite behoben werden (*Compensation*-Ansatz), im Durchschnitt schlechter abschneiden als Therapien, bei denen auf bestehende Stärken aufgebaut wird (*Capitalisation*-Ansatz). Die Autoren untersuchten Module zu Verhaltensaufbau, kognitiver Therapie, Achtsamkeit und interpersonalen Bereichen und randomisierte die Patienten entsprechend ihrer Stärken und Schwächen vor dem Therapiebeginn den beiden Bedingungen zu. Dementsprechend wäre es also denkbar, dass Self-Compassion-orientierte Interventionen besonders bei Personen indiziert sind, die bereits ein gewisses Mass an Self-Compassion aufweisen.¹⁰

Es scheint auch Personen zu geben, die Furcht vor Self-Compassion empfinden, und denen es schwer fällt, sich selbst gegenüber Self-Compassion zu entwickeln (Gilbert, McEwan, Gibbons, Chotai, Duarte, & Matos, 2011; Pauley & McPherson, 2010). Personen mit hoher Furcht vor Self-Compassion berichten beispielsweise, dass sie befürchten, ihre Standards senken zu müssen, wenn sie mitfühlend mit sich sind, oder dass sie es nicht verdient haben, sich selbst gegenüber mitfühlend zu sein. Eine kürzlich veröffentlichte Interventionsstudie bei Essgestörten findet diesbezüglich, dass die Kombination von wenig Self-Compassion und hoher Furcht vor Self-Compassion zu Therapiebeginn ein besonders schlechtes Therapieergebnis vorhersagt (Kelly, Carter, Zuroff, & Borairi, 2012). Dieses Resultat legt nahe, dass es Patienten gibt, bei denen zuerst diese Furcht vor Self-Compassion geklärt resp. gemindert werden sollte, bevor es sinnvoll ist, an einer Steigerung der Self-Compassion zu arbeiten.

Es ist wichtig anzumerken, dass Interventionen zur Steigerung von Self-Compassion nicht nur auf eine bloße Veränderung von Gedankeninhalten abzielen sollten. Die Studie von Whelton und Greenberg (2005) sowie Überlegungen von Gilbert (2010) weisen daraufhin, dass es nicht nur darum geht, isolierte Gedankeninhalte zu verändern (z.B. mittels auf Evidenz abzielende Intervention für die Unangemessenheit dysfunktionaler Überzeugungen), sondern vielmehr auf Prozesse zu fokussieren, *wie* jemand in relevanten Situationen tatsächlich mit sich umgeht. Behandlungsansätze, wie beispielsweise Compassion-fokussierte Therapie (CFT; Gilbert, 2010) oder die emotionsfokussierte Therapie (EFT; Greenberg & Watson, 2005), welche u.a. Prozesse des Umgangs mit sich selbst berücksichtigen und zu verändern versuchen, scheinen vielversprechend. So zeigt

¹⁰ Es ist hier anzumerken, dass es bislang noch an kontrollierten Vergleichen der unterschiedlichen längerfristigen Effektivität von *Compensation*- im Vergleich zu *Capitalisation*-Ansätzen fehlt.

bspw. eine Pilot-Studie bei hoch selbstkritischen depressiven Patienten, dass sich durch EFT-Interventionen Self-Compassion längerfristig steigern lässt (B. Shahar et al., 2012).

Ein allgemeiner Kritikpunkt an allen drei hier präsentierten Studien ist, dass in allen Untersuchungen ausschliesslich Selbstbeurteilungsmasse eingesetzt worden sind. Selbst wenn in zukünftigen Studien zusätzlich objektivere Masse (wie z.B. indirekte Masse oder bildgebende Verfahren) zur Bestätigung der gefundenen Zusammenhänge eingesetzt werden sollten, deuten diverse Ergebnisse aber darauf hin, dass validen Selbstbeurteilungsmassen eine ebenso wichtige Rolle zukommt. Verschiedene Studien zeigen, dass bei Depressionen Selbstbeurteilungsmasse und objektivere Masse unterschiedliche Varianzanteile vorhersagen (vgl. z.B. Nusslock, Shackman, Harmon-Jones, Alloy, Coan, & Abramson, 2011; Rude, Durham-Fowler, Baum, Rooney, & Maestas, 2010). Eine weitere Schwäche an allen drei Studien ist, dass hauptsächlich korrelative Zusammenhänge untersucht werden. Zukünftige Studien sollten die postulierten Zusammenhänge auch in experimentellen Studien testen, um beispielsweise für mögliche Konfundierungsvariablen zu kontrollieren.

Künftige Depressionsforschung sollte vermehrt Anstrengungen unternehmen, Personen mit einem erhöhten Risiko für eine Depression zu identifizieren und diese mittels angemessener Interventionen dabei zu unterstützen, einer depressiven Erkrankung vorzubeugen oder sie zumindest zu verzögern (Muñoz, Beardslee, & Leykin, 2012). Bisherige Studien zeigen, dass selbstkritische Personen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, depressive Symptome zu erleben, die später in einer Depression münden können. Es ist denkbar, dass sich angeleitete Self-Compassion-fokussierte Interventionen (z.B. Neff & Germer, 2012) in der Depressionsprophylaxe als wirkungsvoll erweisen. Solche Interventionen haben dabei nicht den Anspruch, eigenständige Therapieprogramme zu sein, sondern bereits bestehende durchaus erfolgreiche Prophylaxe-Programme (z.B. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) durch die Komponente Self-Compassion zu ergänzen und damit ihre Wirksamkeit weiter zu steigern. Da Self-Compassion sowohl per definitionem (Neff, 2003b) als auch aus empirischer Sicht (Van Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine, 2011) mehr als Mindfulness beinhaltet, scheint dies ein vielversprechendes Unterfangen.

4. Literaturverzeichnis

- Abela, J. R. Z., Fishman, M. B., Cohen, J. R., & Young, J. F. (2012). Personality predispositions to depression in children of affectively-ill parents: The buffering role of self-esteem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(4), 391-401. doi: 10.1080/15374416.2012.654463
- Abela, J. R. Z., Webb, C. A., Wagner, C., Ho, R. M., & Adams, P. (2006). The role of self-criticism, dependency, and hassles in the course of depressive illness: A multiwave longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 328-338. doi: 10.1177/0146167205280911
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118. doi: 10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General*, 108(4), 441-485. doi: 10.1037//0096-3445.108.4.441
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1999). The Temple Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression project: Conceptual background, design, and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(3), 227-262.
- Backs-Dermott, B. J., Dobson, K. S., & Jones, S. L. (2010). An evaluation of an integrated model of relapse in depression. *Journal of Affective Disorders*, 124, 60-67. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.015
- Bagby, R. M., Parker, J. D., Joffe, R. T., & Buis, T. (1994). Reconstruction and validation of the Depressive Experiences Questionnaire. *Assessment*, 1(1), 59-68. doi: 10.1177/1073191194001001009
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Joffe, R. T., Schuller, D., & Gilchrist, E. J. (1998). Confirmatory factor analysis of the revised Personal Style Inventory (PSI). *Assessment*, 5(1), 31-43. doi: 10.1177/107319119800500106
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Segal, Z. V., McBride, C. C., Kennedy, S. H., & Costa Jr, P. T. (2008). Personality and differential treatment response in major depression: a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 361-370.
- Bagby, R. M., Segal, Z., & Schuller, D. R. (1995). Dependency, self-criticism and attributional style: A reexamination. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(1), 82-84. doi: 10.1111/j.2044-8260.1995.tb01439.x
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi: 10.1037/a0025754
- Bartelstone, J. H., & Trull, T. J. (1995). Personality, life events, and depression. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 279-294. doi: 10.1207/s15327752jpa6402_8
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44. doi: 10.1111/1529-1006.01431
- Beck, A. T. (1983). Treatment of depression: Old controversies and new approaches. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Cognitive therapy of depression: New perspectives* (pp. 265-290). New York: Raven.

- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R. P., & Emery, G. (1983). *Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology*. Unveröffentlichtes Manuskript, Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania Medical School.
- Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: a dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25, 975-1002. doi: 10.1016/j.cpr.2005.03.003
- Beutel, M. E., Wiltink, J., Hafner, C., Reiner, I., Bleichner, F., & Blatt, S. (2004). Abhängigkeit und Selbstkritik als psychologische Dimensionen der Depression - Validierung der deutschsprachigen Version des Depressive Experience Questionnaire (DEQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52, 1-14.
- Beutler, L. E. (2010). Predictors of sustained therapeutic change: Some thoughts about conceptualizations. *Psychotherapy Research*, 20(1), 55-59. doi: 10.1080/10503300903176712
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., et al. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 63-70. doi: 10.1097/01.chi.0000096626.64367.3d
- Blaney, P. H., & Kutcher, G. S. (1991). Measures of depressive dimensions: Are they interchangeable? *Journal of Personality Assessment*, 56, 502-512. doi: 10.1207/s15327752jpa5603_11
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389. doi: 10.1037//0021-843X.85.4.383
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2010). Relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development. In L. M. Horowitz & S. Strack (Eds.), *Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions* (pp. 37-56). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132. doi: 10.1037//0022-006X.63.1.125
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562. doi: 10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A. I., & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 423-428. doi: 10.1037//0022-006X.66.2.423
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010a). The impact of the two-configurations model of personality development and psychopathology on psychotherapy research: Rejoinder to Beutler and Wolf. *Psychotherapy Research*, 20(1), 65-70. doi: 10.1080/10503300903418239
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010b). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20(1), 37-54. doi: 10.1080/10503300903121080

- Bonanno, G. A., & Castonguay, L. G. (1994). On balancing approaches to psychotherapy: Prescriptive pattern of attention, motivation, and personality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 571-587. doi: 10.1037/0033-3204.31.4.571
- Breines, J. G., & Chen, S. (2013). Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(1), 58-64. doi: 10.1016/j.jesp.2012.07.015
- Brewin, C. B., & Firth-Cozens, J. (1997). Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(3), 242-246. doi: 10.1037//1076-8998.2.3.242
- Buerger, C., & Kuehner, C. (2007). Copingstile im Umgang mit depressiver Stimmung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(1), 36-45. doi: 10.1026/1616-3443.36.1.36
- Bulmash, E., Harkness, K. L., Stewart, J. G., & Bagby, R. M. (2009). Personality, stressful life events, and treatment response in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1067-1077. doi: 10.1037/a0017149
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985. doi: 10.1016/j.cpr.2007.02.005
- Candrian, M., Farabaugh, A., Pizzagalli, D. A., Baer, L., & Fava, M. (2007). Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorder comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder: a path analysis study. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(9), 729-737. doi: 10.1097/NMD.0b013e318142cbd5
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 307-309. doi: 10.1002/1097-4679(198603)42:2<307::AID-JCLP2270420213>3.0.CO;2-J
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*. doi: 10.1016/j.cpr.2013.01.003
- Carver, C. S., & Ganellen, R. J. (1983). Depression and components of self-punitiveness: High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(3), 330-337. doi: 10.1037//0021-843X.92.3.330
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., Lazarus, S. A., & Goldstein, L. A. (2012). The compensation and capitalization models: A Test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 699-706. doi: dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.002
- Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 227-234. doi: 10.1016/j.jad.2003.12.012
- Cox, B. J., MacPherson, P. S. R., Enns, M. W., & McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 105-114. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00105-0
- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118(3), 358-378. doi: 10.1037/0033-2909.118.3.358

- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392-414. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.392
- Cuijpers, P., Clignet, F., Van Meijel, B., Van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 353-360. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.002
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922. doi: 10.1037/a0013075
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L., & Smits, N. (2008). Characteristics of effective psychological treatments of depression: a metaregression analysis. *Psychotherapy Research*, 18(2), 225-236. doi: 10.1080/10503300701442027
- De Bolle, M., De Fruyt, F., Quilty, L. C., Rolland, J. P., Decuyper, M., & Bagby, R. M. (2011). Does personality disorder co-morbidity impact treatment outcome for patients with major depression?: A multi-level analysis. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 1-15. doi: doi:10.1521/pedi.2011.25.1.1
- de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C., & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Del Re, A. C., Horvath, A. O., Flückiger, C., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649.
- Desmet, M., Vanheule, S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J., & Bogaerts, S. (2007). The Depressive Experiences Questionnaire: An inquiry into the different scoring procedures. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 89-98. doi: 10.1027/1015-5759.23.2.89
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2009). Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 335-346. doi: 0.1016/j.comppsy.2008.09.004
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect. Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234-252. doi: 10.1037/0022-3514.84.1.234
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665-676. doi: 10.1016/j.paid.2005.08.008
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114-149). New York: Wiley.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1997). Personality dimensions and depression: review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 274-284.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A., & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 762-765. doi: 10.1002/eat.20573
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.97

- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516. doi: 10.1080/09658210444000115
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2011). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 374-390. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi: 10.1002/cpp.507
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2005). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals (BIT): Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research*, 12(1), 79-99. doi: 10.1080/713869618
- Hammen, C., Ellicott, A., Gitlin, M., & Jamison, K. R. (1989). Sociotropy/autonomy and vulnerability to specific life events in patients with unipolar depression and bipolar disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 154-160. doi: 10.1037//0021-843X.98.2.154
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205-228. doi: 10.1192/bjp.170.3.205
- Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions-Skala*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI): Testhandbuch* (2. Aufl. ed.). Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Joormann, J., & Keller, F. (2005). *Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Das Beck Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II*. Frankfurt a. M.: Harcourt Test Services.
- Hawley, L. L., Ringo Ho, M.-H., Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent Difference Score Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 930-942. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.930
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 623-627. doi: 10.1037//0022-006X.64.3.623
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417-422. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.417
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety*, 27(10), 891-932. doi: 10.1002/da.20741
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115-123. doi: 10.1026/1616-3443/a000088
- Iacoviello, B. M., Grant, D. A., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2009). Cognitive personality characteristics impact the course of depression: A prospective test of sociotropy, autonomy and domain-specific life events. *Cognitive Therapy and Research*, 33(2), 187-198. doi: 10.1007/s10608-008-9197-7
- Ingram, R. E., Atchley, R. A., & Segal, Z. V. (2011). *Vulnerability to depression: From cognitive neuroscience to prevention and treatment*. New York: Guilford Press.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1798. doi: 10.1037//0022-3514.37.10.1798
- Jarrett, R. B., Minhajuddin, A., Borman, P. D., Dunlap, L., Segal, Z. V., Kidner, C. L., et al. (2012). Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behaviour research and therapy*, 50(5), 280-286. doi: 10.1016/j.brat.2012.01.008
- Joormann, J. (2004). Die Faktorstruktur der Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS) in einer nicht-klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 50(3), 115–123. doi: 10.1026/0012-1924.50.3.115
- Kelly, A. C., Carter, J. C., Zuroff, D. C., & Borairi, S. (2012). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2012.717310
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301-313. doi: 10.1007/s10608-008-9202-1
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26. doi: 10.1207/S15327965PLI1401_01
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D., & Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 680-691. doi: 10.1037/a0028513
- Kuster, F., Orth, U., & Meier, L. L. (2012). Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression: A five-wave longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(6), 747–759. doi: 10.1177/0146167212437250
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., et al. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1105-1112. doi: 10.1016/j.brat.2010.08.003
- Lahey, B., & Ross, L. T. (1994). Dependency and self-criticism as moderators of interpersonal and achievement stress: The role of initial dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 18(6), 581-599. doi: 10.1007/BF02355670

- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R., & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 483-489. doi: 10.1037//0021-843X.108.3.483
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 545-552. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Mackinnon, A., Jorm, A. F., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (1999). A short form of the Positive and Negative Affect Schedule: Evaluation of factorial validity and invariance across demographic variables in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 27(3), 405-416. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00251-7
- Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 231-244. doi: 10.1002/jclp.20438
- Mongrain, M., & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 705-713. doi: 10.1002/jclp.20263
- Mongrain, M., Lubbers, R., & Struthers, W. (2004). The power of love: Mediation of rejection in roommate relationships of dependents and self-critics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(1), 94-105. doi: 10.1177/0146167203258861
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
- Muñoz, R. F., Beardslee, W. R., & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, 67(4), 285-295. doi: 10.1037/a0027666
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. K. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi: 10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejjitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287. doi: 10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004

- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 13-20. doi: 10.1192/bjp.188.1.13
- Nietzel, M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 279-297. doi: 10.1016/0272-7358(90)90063-G
- Nusslock, R., Shackman, A. J., Harmon-Jones, E., Alloy, L. B., Coan, J. A., & Abramson, L. Y. (2011). Cognitive vulnerability and frontal brain asymmetry: Common predictors of first prospective depressive episode. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 497-503. doi: 10.1037/a0022940
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Vollebergh, W. (2004). Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 61(10), 990-996. doi: 10.1001/archpsyc.61.10.990
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2008). Avoidance. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 447-470). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129-143. doi: 10.1348/147608309X471000
- Pincus, A. L., & Gurtman, M. B. (2006). Interpersonal theory and the interpersonal circumplex: Evolving perspectives on normal and abnormal personality. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 83-111). New York, NY: Springer Publishing.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879
- Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102(1), 122-138. doi: 10.1037//0033-2909.102.1.122
- Quilty, L. C., De Fruyt, F., Rolland, J. P., Rouillon, F., Kennedy, S. H., & Bagby, M. R. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 108, 241-250. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.022
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761. doi: 10.1016/j.paid.2010.01.023
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36. doi: 10.1007/s12671-011-0040-y
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2005). Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K): Entwicklung und Validierung eines ökonomischen Inventars zur Erfassung der fünf Faktoren der Persönlichkeit. *Diagnostica*, 51(4), 195-206. doi: 10.1026/0012-1924.51.4.195
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 571-584. doi: 10.1023/A:1005566112869

- Robins, C. J. (1995). Personality-event interaction models of depression. *European Journal of Personality*, 9(5), 367-378. doi: 10.1002/per.2410090506
- Robins, C. J., Bagby, M. R., Rector, N. A., Lynch, T. R., & Kennedy, S. H. (1997). Sociotropy, autonomy, and patterns of symptoms in patients with major depression: A comparison of dimensional and categorical approaches. *Cognitive Therapy and Research*(21), 285–300.
- Robins, C. J., Hayes, A. M., Block, P., Kramer, R. J., & Villena, M. (1995). Interpersonal and achievement concerns and the depressive vulnerability and symptom specificity hypotheses: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 1-20. doi: 10.1007/BF02229673
- Robins, C. J., Ladd, J. S., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R., & Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary validation studies of a new measure of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 277–300. doi: 10.1007/BF02239408
- Roethlin, P., Grosse Holtforth, M., Bergomi, C., Berking, M., & Caspar, F. (2010). Vermeidung und Depression: Die psychometrische Evaluation der deutschen Version der "Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)". *Diagnostica*, 56(1), 46-55. doi: 10.1026/0012-1924/a000008
- Rude, S. S., & Brunham, B. L. (1993). Do interpersonal and achievement vulnerabilities interact with congruent events to predict depression? Comparison of DEQ, SAS, DAS, and combined scales. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 531-548. doi: 10.1007/BF01176077
- Rude, S. S., Durham-Fowler, J. A., Baum, E. S., Rooney, S. B., & Maestas, K. L. (2010). Self-report and cognitive processing measures of depressive thinking predict subsequent major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34(2), 107-115. doi: 10.1007/s10608-009-9237-y
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation on intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 25, 54-67. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.68
- Santor, D. A., & Patterson, R. L. (2004). Frequency and duration of mood fluctuations: Effects of dependency, self-criticism, and negative events. *Personality and individual differences*, 37(8), 1667-1680. doi: 10.1016/j.paid.2004.03.002
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., & Fielding, A. (1997). Analysis and revision of the Depressive Experiences Questionnaire: Examining scale performance as a function of scale length. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 145–163. doi: 10.1207/s15327752jpa6901_8
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR* Göttingen: Hogrefe.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehl, M. R. (2012). When leaving your ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23(3), 261-269. doi: 10.1177/0956797611429466
- Scher, C. D., Ingram, E. R., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25, 487–510. doi: 10.1016/j.cpr.2005.01.005
- Segal, Z. V., Shaw, B. F., Vella, D. D., & Katz, R. (1992). Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: Test of the congruency hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 26-36. doi: 10.1037//0021-843X.101.1.26

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 496-507. doi: 10.1002/cpp.762
- Shahar, G., Soffer, N., & Gilboa Shechtman, E. (2008). Sociotropy, autonomy, and self-criticism are three distinguishable dimensions of cognitive-personality vulnerability. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(3), 219-227. doi: 10.1891/0889-8391.22.3.219
- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389. doi: 10.1080/17439760.2010.516763
- Sherry, S. B., Mackinnon, S. P., Macneil, M. A., & Fitzpatrick, S. (2012). Discrepancies confer vulnerability to depressive symptoms: A three-wave longitudinal study. doi: 10.1037/a0030439
- Sibley, C. G. (2007). The association between working models of attachment and personality: Toward an integrative framework operationalizing global relational models. *Journal of Research in Personality*, 41, 90-109. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.002
- Smith, T. W., O'Keeffe, J. L., & Jenkins, M. (1988). Dependency and self-criticism: Correlates of depression or moderators of the effects of stressful events? *Journal of Personality Disorders*, 2(2), 160-169. doi: 10.1521/pedi.1988.2.2.160
- Solomon, D. A., Keller, M. B., & Leon, A. C. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.229
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2012). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. Advance online publication. doi: 10.1037/a0028931
- Stange, J. P., Boccia, A. S., Shapero, B. G., Molz, A. R., Flynn, M., Matt, L. M., et al. (2013). Emotion regulation characteristics and cognitive vulnerabilities interact to predict depressive symptoms in individuals at risk for bipolar disorder: A prospective behavioural high-risk study. *Cognition & Emotion*, 27(1), 63-84. doi: 10.1080/02699931.2012.689758
- Stulz, N., Thase, M. E., Klein, D. N., Manber, R., & Crits-Christoph, P. (2010). Differential effects of treatments for chronic depression: a latent growth model reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 409-419. doi: 10.1037/a0019267
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., Shelton, R., & Schalet, B. (2009). Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1322-1330. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.166
- Terry, M. L., Leary, M. R., & Metha, S. (2012). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*, 1-13. doi: 10.1080/15298868.2012.667913
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 386-392. doi: 10.1192/bjp.184.5.386
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed

- anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.011
- Viglione, D. J., Lovette, G. J., Gottlieb, R., & Friedberg, R. (1995). Depressive Experiences Questionnaire: An empirical exploration of the underlying theory. *Journal of Personality Assessment*, 65(1), 91–99. doi: 10.1207/s15327752jpa6501_7
- Vittengl, J., Clark, L., Dunn, T., & Jarrett, R. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475-488. doi: 10.1037/0022-006X.75.3.475
- von Collani, G., & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 3-7. doi: 10.1024//0170-1789.24.1.3
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus „öother therapies,ö for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2), 159-165. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00287-1
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitudes scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the 86th annual convention of the American Psychological Association, Toronto.
- Welkowitz, J., Lish, J. D., & Bond, R. N. (1985). The depressive experiences questionnaire: Revision and validation. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 89–94. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_17
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Self-compassion and social anxiety disorder. 1-16. doi: 10.1080/10615806.2011.608842
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583-1595. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.024
- Wilhelm, P., & Perrez, M. (2008). Ambulantes Assessment in der klinischen Psychologie und Psychiatrie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(3), 169-179. doi: 10.1024/1661-4747.56.3.169
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10 Classifications of mental and behavioural disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164. doi: 10.1007/s10879-010-9167-8
- Zuroff, D. C., Igeja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14(3), 315-326. doi: 10.1007/BF01183999
- Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 14-22. doi: 10.1037//0021-843X.96.1.14
- Zuroff, D. C., Mongrain, M., & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 130(3), 489–511. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.489

5. Curriculum Vitae

Name: Krieger
Vorname: Tobias
Geburtsdatum: 26. März 1981
Heimatort: Sursee/LU
Nationalität: CH

Ausbildung

2009 - heute Doktorand, Psychologisches Institut, Universität Zürich
2009 - heute Master of Advanced Studies in Psychotherapy (MASP), Universität Bern
2004 - 2008 Hauptstudium (lic. phil.), Universität Bern und Université Rennes II (F)
 (Klinische Psychologie, Neuropsychologie, Psychopathologie)
2002 - 2004 Grundstudium, Universität Bern (Psychologie)
1994 - 2001 Kantonschule Alpenquai, Luzern (Matura Typus C)
1988 - 1994 Primarschule Wartegg, Luzern

Akademischer Lebenslauf

2009 - heute Forschungsassistent, Abteilung für Klinische Psychologie mit Schwerpunkt
 Psychotherapie affektiver Störungen, Psychologisches Institut, Universität Zürich
 (Prof. Dr. M. Grosse Holtforth)
2007 - 2008 Hilfsassistent, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
 Institut für Psychologie, Universität Bern (Prof. Dr. H. Znoj)

Klinische Erfahrungen

2010 - heute Psychotherapien im Einzel- und Gruppensetting,
 Psychotherapeutische Praxisstelle der Universität Bern
2010 - 2013 Psychotherapien im Einzelsetting, Psychotherapeutisches Zentrum des
 Psychologischen Instituts der Universität Zürich
2007 Praktikum, Psychotherapeutische Praxisstelle der Universität Bern
2005 - 2006 Co-Leitung von therapeutischen Kindergruppen, Erziehungsberatung Bern
2006 - 2007
2005 Praktikum, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

1. Publierte Artikel in Fachzeitschriften (peer-reviewed)

- Brockmeyer, T., Grosse Holtforth, M., **Krieger, T.**, Altenstein, D., Doerig, N., Friederich, H.-C., & Bents, H. (2013). Ambivalence over emotional expression in major depression. *Personality and Individual Differences*, 54, 862-864. doi: 10.1016/j.paid.2012.12.002
- Grosse Holtforth, M., **Krieger, T.**, Bochsler, K., & Mauler, B. (2011). The prediction of psychotherapy success by outcome expectations in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 321-322. doi: 10.1159/000324171
- Trachsel, M., **Krieger, T.**, Gilbert, P., & Grosse Holtforth, M. (2010). Testing a German adaption of the Entrapment Scale and assessing the relation to depression. *Depression Research and Therapy*, 1-10. doi: 10.1155/2010/501782
- Znoj, H., & **Krieger, T.** (2009). Psychische Folgen nach Krankheit oder Unfall: Nicht nur Belastung, sondern auch persönliche Entwicklung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 7(1), 75-87.

2. Akzeptierte Artikel in Fachzeitschriften (nicht peer-reviewed)

- Grosse Holtforth, M., **Krieger, T.**, Altenstein, D., & Doerig, N. (accepted). Expositionsbasierte kognitive Therapie bei Depressionen – Assimilative Therapieintegration am spezifischen Störungsbild, *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*.

3. Eingereichte und wieder eingereichte Artikel in Fachzeitschriften (peer-reviewed)

- Altenstein, D., **Krieger, T.**, & Grosse Holtforth, M. (resubmitted). Interpersonal micro-processes predict cognitive-emotional processing and the therapeutic alliance in psychotherapy for depression. Manuscript resubmitted for publication.
- Brockmeyer, T., Grosse Holtforth, M., **Krieger, T.**, Altenstein, D., Doerig, N., Zimmermann, J., Backenstrass, M., Friederich, H.-C., & Bents, H. (resubmitted). Avoidance and reinforcement as a pathway from rumination to depression. Manuscript resubmitted for publication.
- Krieger, T.**, Grosse Holtforth, M., Altenstein, D., Baettig, I., & Doerig, N. (resubmitted). Self-Compassion and depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. Manuscript resubmitted for publication.
- Krieger, T.**, Hermann, H., & Grosse Holtforth, M. (submitted). The influence of self-compassion and global self-esteem on daily affect and stress reactivity. Manuscript submitted for publication.
- Krieger, T.**, Zimmermann, J., Beutel, M. E., Wiltink, J., Schauenburg, H., & Grosse Holtforth, M. (resubmitted). Ein Vergleich verschiedener Kurzversionen des Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) zur Erhebung von Selbstkritik und Abhängigkeit. Manuscript resubmitted for publication.

4. Qualifikationsarbeit

- Krieger, T.** (2008). *Plötzliche Gewinne und Verluste im Behandlungsverlauf von Psychotherapien: Konsequenzen für das Therapieergebnis und Untersuchungen zu potentiellen Auslösern*, unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Bern, Bern. (Betreuer: Prof. Dr. W. Lutz, Dr. phil. A. Stucki-Tschitsaz)